

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

N^o

116

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Robert-Maurice PERROT

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris,

Interne à la Maison de Santé Départementale de la Seine-Inférieure.

Né à VANNES (Morbihan), le 14 Juillet 1908.

LES PROBLÈMES

DE LA

LUTTE ANTITUBERCULEUSE

DANS LES ASILES D'ALIÉNÉS

Président ; M. HENRI CLAUDE, Professeur.

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DELMAS

6, Place Saint-Christoly

1936



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Robert-Maurice PERROT

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris,

Interne à la Maison de Santé Départementale de la Seine-Inférieure.

Né à VANNES (Morbihan), le 14 Juillet 1908.

LES PROBLÈMES

DE LA

LUTTE ANTITUBERCULEUSE

DANS LES ASILES D'ALIÉNÉS

Président : M. HENRI CLAUDE, Professeur.

BORDEAUX
IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DELMAS

6, Place Saint-Christoly

—
1936

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
	LOEPER.
Clinique médicale	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	H. CLAUDE.
Clinique des maladies du système nerveux	GOUGEROT.
Clinique des maladies infectieuses	GUILLAIN.
	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
Clinique ophtalmologique	LENORMANT.
Clinique urologique	TERRIEN.
	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
Clinique gynécologique	JEANNIN.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	N...
Clinique thérapeutique médicale	OMBRÉDANNE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	RATHERY.
Clinique thérapeutique chirurgicale	LEMAITRE.
Clinique propédeutique	Pierre DUVAL.
Clinique de la Tuberculose	SERGENT.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	BEZANÇON.
	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.
	MOCQUOT.



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

BÉNARD (Henri)	Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne).	Pathologie médicale.
BESANÇON (Justin).	Hydrologie.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
FEY	Urologie.
GALLIARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.
DE GAUDART D'ALLAINES.	Pathologie chirurgicale.
GAYET	Physiologie.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
HAZARD	Pharmacologie.
HUGUENIN	Anatomie pathologique.
JOANNON	Hygiène.
LABBÉ (Henri).	Chimie biologique.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUEJOUL	Obstétrique.

MM.

LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
M ^{me} J. LÉVY	Pharmacologie.
LÉVY-VALENSI.	Neurologie et Psychiatrie.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
OBERLING	Anatomie pathologique.
PETIT-DUTAILLIS.	Pathologie chirurgicale.
PIEDELIEVRE.	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RICHET	Physiologie.
SANNIÉ	Chimie biologique.
SÈNEQUE	Pathologie chirurgicale.
TROISIER	Pathologie expérimentale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens.

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT.	Physiologie.

MM.

LEROUX	Anatomie pathologique.
NEVEU-LEMAIRE.	Parasitologie.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent.

MM.		MM.	
ABRAMI	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
ALAJOUANINE		BROCQ	
AUBERTIN		CADENAT	
BRULÉ		GATELLIER	
CHABROL		HEITZ-BOYER	
CHIRAY		MOURE	
DONZELOT		QUENU	
DUVOIR		SCHWARTZ	
LIAN		VELTER	
PASTEUR-VALLERY- RADOT			
SEZARY			

MM.	
ECALLE	} Clinique obstétricale.
GUENIOT	
LE LORIER	
LEVY-SOLAL	
METZGER	

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé ..	Éducation physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.
FREY	Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR HENRI CLAUDE

*Professeur de Clinique des maladies mentales,
Membre de l'Académie de Médecine.*

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse. Hommage de profonde gratitude.

AU DOCTEUR JULIEN RAYNIER

*Inspecteur Général des Services administratifs,
Conseiller technique du Ministère de la Santé publique.*

En témoignage de respectueuse reconnaissance pour les conseils qu'il nous a donnés et pour l'accueil bienveillant que nous avons trouvé auprès de lui lorsque nous l'avons entretenu de ce travail.

AU DOCTEUR HENRI BEAUDOUIN

Médecin-Chef des Asiles de la Seine.

Qui a bien voulu nous proposer ce travail, en a suivi l'élaboration, s'est efforcé d'en atténuer les défauts. Faible témoignage de notre reconnaissance et de notre dévouement.

MEIS ET AMICIS

Qu'il me soit permis de témoigner ici mon affectueuse reconnaissance à tous les miens, à ma mère bien-aimée, à mon père qui, pour me venir en aide, ne s'est jamais refusé à aucune besogne; à ma femme qui, outre les conseils médicaux qu'elle m'a prodigués, l'aide efficace qu'elle m'a apportée dans la préparation bibliographique de ce travail, en a assumé, avec patience, les tâches matérielles de copie et de correction.

Par delà mon père et mon grand-père, ma reconnaissance s'étend à la vénérable Administration des Contributions directes : elle m'a montré ce qu'était l'esprit de corps; de plus, j'en suis persuadé, je dois beaucoup à la lecture... semi-clandestine... de ses Circulaires. Dans leur style impersonnel, bourré de conjonctions, mais réfléchi, elles m'ont appris la logique et la complexité de toute chose.

Que mes Maîtres de la Faculté, des Hôpitaux de Paris (stage et externat) veuillent bien trouver ici, pour eux et leurs collaborateurs, l'hommage de ma respectueuse gratitude.

Monsieur le Docteur ROUGET, vous avez été pour moi un Patron plein de sollicitude, et ce n'est pas sans une certaine mélancolie que de douloureuses nécessités m'ont fait renoncer à la voie où vous m'accueilliez si paternellement.

Monsieur le Professeur Maurice VILLARET, vous m'avez témoigné un intérêt bienveillant. Je vous en conserverai toujours une toute spéciale et respectueuse reconnaissance.

Monsieur le Professeur Maurice CHEVASSU, je n'ai pas eu l'honneur de servir sous vos ordres; mais je vous dois tant que l'hommage que je puis vous présenter ici est bien peu de chose en regard de ma gratitude.

Monsieur le Docteur GASSIOT, vous fûtes mon guide quand je pénétraï pour la première fois dans un service d'aliénés : vous m'avez montré le fonctionnement d'un asile, et fait aimer ce monde nouveau. Permettez-moi de vous exprimer ma reconnaissance.

Monsieur le Docteur LATAPIE, depuis que je suis votre interne, vous m'apprenez à aimer les malades, à tâcher de les réconforter, à observer pour tenter d'explorer — oh ! combien partiellement ! — le psychisme de nos assistés. Dans nos entretiens si cordiaux, sans emphase, selon la formule antique, vous m'enseigniez. Recevez l'hommage de ce travail et croyez à mon attachement profond et reconnaissant.

J'exprime aussi toute ma gratitude à M. le Docteur USSE et à M. le Docteur POCHON (*in memoriam*), pour les précieuses leçons qu'ils m'ont données dans leurs services.

Que M. le Docteur DANIEL, directeur de la Maison de Santé départementale de la Seine-Inférieure, veuille bien trouver ici l'hommage de ma respectueuse reconnaissance pour l'accueil si bienveillant que j'ai toujours trouvé auprès de lui.

Pour ce qui concerne plus spécialement ce travail, outre M. l'Inspecteur général RAYNIER et M. le Docteur H. BEAUDOUIN, médecin-chef des Asiles de la Seine, qui en ont été les artisans de la première et de la dernière heure, et qui savent toute ma respectueuse gratitude, je remercie ici ceux qui m'ont aidé en me fournissant des documents inédits ou des conseils : M. MICHAUT, chef du Service de l'Assistance départementale à la Préfecture de la Seine; M. ROULOT, directeur de l'Asile de Maison-Blanche; M. le Docteur Maurice DESRUELLES, médecin-chef à l'Asile de Saint-Ylie; M. le Docteur SALOMON, médecin-directeur à l'Asile de Lesvellec; M. le Docteur BRIAU, médecin-chef à l'Asile de Vauclaire; Mlle le Docteur Elisabeth CULLERRE, médecin-chef à l'Asile de Maréville; M. le Docteur COURTOIS (*in memoriam*), médecin-directeur de l'Asile de Chezal-Benoît, et ses collaborateurs.

D'autre part, je remercie M. le Professeur JEANBRAU, qui, pendant un séjour de quelques semaines à Montpellier, me fit ouvrir largement les portes de la Bibliothèque de l'Université; M. le Docteur HUGUES, qui me reçut dans son service de Font-d'Aurelle, et plus particulièrement encore M. le Docteur E. BRISSAUD, médecin-directeur des Sanatoriums publics de l'Hérault, qui m'accueillit si aimablement dans son établissement, m'en permit la fréquentation régulière et m'initia à la vie d'un sanatorium.

LES PROBLÈMES

DE LA

LUTTE ANTITUBERCULEUSE

DANS LES ASILES D'ALIÉNÉS

AVANT-PROPOS

De même que FALRET écrivait, à propos de l'activité du médecin-directeur d'asile : « J'ai beau y chercher la part du directeur, je n'y rencontre que celle du médecin », le Docteur J. RAYNIER, dans le rapport de l'inspection générale de 1923, déclarait : « L'exercice de la médecine mentale et tout progrès d'ensemble dans l'art de guérir ou de soulager les psychopathes sont en définitive liés indissolublement à l'organisation légale et administrative des établissements d'aliénés. » Il soulignait ainsi la nécessité, en cette matière, d'une sorte de médecine administrative acceptant et sanctionnant — compte tenu des facteurs sociologiques en cause — les acquits des diverses sciences médicales dans ce qu'elles peuvent avoir trait à ce but spécial : l'hospitalisation et les conditions de traitement des psychopathes. La « médecine administrative » ainsi entendue n'est pas sans analogie avec la médecine légale. De même que celle-ci, elle doit accepter

certaines servitudes, parfois contestables du seul point de vue médical, mais qui sont une nécessité même de l'objet de ces disciplines.

L'étude des *problèmes prophylactiques, diagnostiques et thérapeutiques* posés par la présence de tuberculeux dans les asiles d'aliénés est, à cet égard, typique. Elle révèle une constante interférence des facteurs médicaux (état actuel des connaissances pour ce qui concerne la tuberculose en particulier), des facteurs administratifs (agencement des locaux, régime alimentaire, capacité du personnel, prix de revient, etc., etc.).

C'est pourquoi, dès le début de ce travail consacré à la tuberculose dans les asiles d'aliénés, nous avons tenu à rappeler cette phrase du Docteur RAYNIER, qui, avec le Docteur BEAUDOUIN, nous a proposé cette étude et nous a aidé de ses conseils.

Ce texte souligne aussi, semble-t-il, l'angle pratique sous lequel nous envisageons le sujet.

Il ne faut point chercher ici des idées neuves, des faits nouveaux. Notre contribution personnelle est modeste, pourrions-nous redire avec ROLET. C'est une tentative de mise au point, ou plutôt *c'est une contribution à une tentative d'amélioration de la lutte antituberculeuse dans les services d'aliénés que nous avons en vue*. Mais avant d'aborder ces réalisations pratiques, nous avons assez longuement rappelé les données médicales du problème : endémie, diagnostic et thérapeutique de la tuberculose. Nous avons aussi tenté, par quelques chiffres, de souligner l'importance de la question.

« Tuberculose et asiles d'aliénés », sujet maintes fois à l'ordre du jour, principalement au début du siècle.

Parmi les auteurs qui s'en occupèrent le plus longuement, on doit citer : Auguste MARIE, l'inspirateur de la thèse de ROLET, en 1907. Ces problèmes l'intéressaient encore en 1930, puisqu'il suggéra à ROUYER de les étudier à nouveau. A la

vérité, les documents et les réflexions que celui-ci apporte, n'enrichissent pas sensiblement l'ouvrage de ROLET.

Outre ce travail, les principales revues d'ensemble récentes semblent être l'article de RAYNIER et BEAUDOUIN (*Annales médico-psychologiques*, 1925) et celui de BRIAU (*Archives internationales de neurologie*, 1933-1934).

Ces diverses publications nous ont été d'un grand secours; nous avons cherché à les synthétiser et à les compléter en tenant le plus grand compte des progrès dans la connaissance de la tuberculose et de son traitement.

Enfin et surtout, nous n'avons pas craint d'entrer dans les détails de réalisation : c'est par là que nous espérons n'avoir pas fait œuvre complètement inutile.

Pour ces réalisations, de nombreuses difficultés se présentent. Chacune d'elles n'est rien ou presque, mais leur nombre use l'énergie humaine.

Si médecins d'asile et administrateurs méditant cette boutade : « Les difficultés ne doivent pas abattre, elles doivent être abattues », pouvaient trouver ici une aide — si légère soit-elle — pour résoudre ces problèmes pratiques, le but de ce travail serait pleinement atteint.

PREMIÈRE PARTIE

RAPPEL DES PRINCIPALES NOTIONS
CONCERNANT LA TUBERCULOSE

CHAPITRE PREMIER

NOTIONS ACTUELLES SUR LA TUBERCULOSE
ET SON ENDEMIE

I

Une étude de la tuberculose dans les asiles devrait envisager successivement :

- le rôle de la tuberculose dans l'étiologie des affections mentales;
- les mesures prophylactiques, diagnostiques et thérapeutiques.

Le premier point est exclusivement de l'ordre de la pathologie mentale. Il n'est pas dans notre sujet de nous en occuper, si ce n'est pour rappeler les nombreux travaux qu'il a suscités, et pour souligner l'intérêt, la complexité de la question.

Notre but est surtout, nous l'avons dit, de chercher à établir quelques données numériques sur la tuberculose dans les asiles, puis d'envisager les moyens pratiques paraissant susceptibles d'atténuer les conséquences néfastes de cette affection dans le cadre très spécial qu'est un asile d'aliénés.

Pour aborder plus utilement le problème d'une organisation pratique adéquate, il n'est sans doute pas superflu « de bien connaître les données d'un problème qui est beaucoup plus complexe que celui de l'étiologie et de la prophylaxie des autres maladies infectieuses » (1).

Aussi nous a-t-il paru légitime, avant d'aborder l'objet même de cette étude, de grouper en quelques chapitres les notions actuelles concernant la tuberculose dans son ensemble.

I. — Utilité et justification de ce chapitre.

Cette opinion peut paraître contestable : nous devons nous efforcer de la justifier. Sans doute LÉON BERNARD a-t-il pu écrire : « Peu de chapitres de la pathologie ont été, dans ces dernières années, autant que la tuberculose, fouillés et renouvelés. » (2). Mais, en principe, ce sont là des faits connus de tous les médecins. Il nous a semblé toutefois que leur complexité même, la diversité des ouvrages où ils sont exposés, étaient de nature à autoriser les considérations résumées qui vont suivre.

Enfin, bien que ce travail vise le plus possible à l'objectivité, il est vraisemblable que, dans la lutte antituberculeuse que nous nous proposons d'esquisser — comme étant celle qui nous paraît la mieux adaptée à l'asile — certains points seront sous la dépendance de la conception qui s'est imposée à nous lors de l'étude de différents ouvrages sur la tuberculose. Aussi jugeons-nous préférable d'exposer franchement les idées principales que nous avons cru pouvoir retenir parmi les opinions, parfois contradictoires, des divers auteurs. Mais l'étude de l'endémie tuberculeuse est inséparable de la pathologie générale de la tuberculose dont elle

(1) F. BEZANÇON, *Les bases actuelles du problème de la tuberculose*, Paris, 1922, p. 2.

(2) LÉON BERNARD, *Préface* de la Bibliothèque de phthisiologie.

n'est qu'une application : nous n'avons pas cru pouvoir traiter l'une sans aborder l'autre.

2. — Objet du chapitre.

Le double écueil d'une telle méthode ne nous échappe pas ; nous ne l'éviterons certainement pas : nous tenons à dire combien nous avons senti le danger d'aborder la question de la tuberculose dans son ensemble.

Certes, nous négligerons des côtés importants de ce sujet ; certes aussi nous indiquerons souvent, par contre, des faits bien connus de tous et dont nous aurions pu, sans un souci peut-être excessif de logique, alléger notre texte.

Nous avons voulu simplement, répétons-le, par ce chapitre de généralités, rappeler :

1° *Les bases actuelles de l'endémie tuberculeuse*, qui nous ont paru particulièrement importantes à la suite de travaux récents. Et l'on sait combien la connaissance de ces bases a évolué depuis l'époque où ont paru les premières publications sur le sujet qui nous occupe (1899-1907).

Nous avons, en outre, en vue — et c'est pourquoi nous avons dans certains cas insisté sur des faits non indispensables à l'étude de l'endémie — de rappeler également :

2° *Les aspects scientifiques de l'infection bacillaire* qui nous ont paru nécessaires à l'intelligence de la complexité des recherches récentes sur le rôle de la tuberculose dans la pathologie mentale : recherches et travaux dont nous énumérerons les principaux lorsque nous nous efforcerons de déterminer le rôle et la place de la tuberculose dans les asiles.

Notre première pensée avait été de donner, à ces divers points de vue, une simple bibliographie. Mais il nous est apparu très vite que notre texte eût été ainsi quasi inintelligible, et nous avons préféré apporter quelques citations, renvoyant pour compléments aux ouvrages eux-mêmes.

II

1. — Plan.

Les mobiles de ce chapitre de généralités étant bien précisés, nous pouvons désormais l'aborder avec moins d'inquiétude. Nous débiterons par le rappel de quelques particularités du bacille de Koch qui semblent expliquer dans une certaine mesure l'aspect spécial de la maladie qui nous occupe.

Nous nous efforcerons ensuite d'analyser les opinions émises par divers auteurs pour tenter de pénétrer aussi intimement que possible le mécanisme étiologique du polymorphisme des conséquences de l'infection bacillaire : rôle réciproque du germe et du terrain, étude des divers composants de celui-ci — non spécifique (facteurs héréditaires, humoraux, infectieux), spécifique (allergie, anergie, résistance aux surinfections, etc.).

Nous serons tout naturellement, ainsi, conduit à une vue d'ensemble des principes de la prophylaxie. D'un autre côté, nous pourrons aussi, ultérieurement, saisir avec assez d'exactitude pour le but que nous nous proposons et le mécanisme et la valeur des méthodes employées par certains auteurs pour tenter de mettre en évidence le rôle étiologique de l'infection tuberculeuse dans diverses manifestations psychiques.

2. — Quelques remarques à propos du bacille de Koch.

a) *Morphologie.*

Depuis l'époque déjà lointaine (1882) où Robert KOCH découvrait le bacille qui porte son nom, l'étude *morphologique* de ce bacille acido-alcoolo-résistant a conduit à des notions nombreuses et fécondes. Il ne saurait être question de les rappeler ici. On en trouve les principales dans les *Précis de bactériologie*. L'admirable ouvrage de CALMETTE (3) y consacre de nombreuses pages. Nous

(3) *L'infection bacillaire et la bacilliose chez l'homme et les animaux*, Paris, 1928, 3^e éd.

retiendrons cette idée générale que, dans bien des cas, le B. K. se montre proche des champignons (d'où le nom de *myco-bacterium tuberculosis Kochi* que lui ont donné LEHMANN et NEUMANN). C'est ainsi qu'en culture vieille sur milieu artificiel, il peut se transformer en formes mycéliennes. Cette analogie a son intérêt, car elle nous aide à concevoir que la tuberculose n'est pas une maladie infectieuse banale, mais presque une parasitose. Il est donc concevable — si tant est qu'il y ait immunité dans la tuberculose — que, comme dans la syphilis, « il n'y a[it] immunité ou plutôt résistance aux surinfections que durant le temps où le sujet demeure parasité par quelques éléments du parasite spécifique... » (4).

b) *Problème des formes filtrantes.*

Le problème des formes filtrantes du virus étant venu rendre plus complexe encore celui de l'endémie tuberculeuse et celui des manifestations pathologiques bacillaires, nous ne pouvons pas, à propos de la morphologie, ne pas y faire allusion.

On trouvera dans l'ouvrage de VALTIS, après un court historique, un exposé des résultats acquis et des réflexions prudentes sur leur transport en pathologie. Cette question du virus filtrant figurait au programme du VIII^e Congrès national de la tuberculose à Marseille (1935) (5). La nature, l'origine et le rôle biologique de ce virus firent l'objet d'un rapport de VAUDREMER. Dès le début de son texte, le rapporteur écrit qu'« il importe de ne plus parler de l'ultra-virus tuberculeux, et de désigner le principe tuberculeux filtrant sous le nom de virus tuberculeux filtrant... » (6). En effet, à la suite de CALMETTE, on a longtemps employé l'expression, effectivement peu satisfaisante pour les esprits rigoristes, d'ultra-virus tuberculeux.

Nous n'avons pas à insister sur ces formes filtrantes, mais on peut rappeler que, dès 1910, FONTÈS trouvait « que les granulations de Much pouvaient traverser les bougies de Berkefeld et se transformer dans l'organisme du cobaye en bacilles acido-résistants présentant les caractères morphologiques du bacille tuberculeux » (7). Des recherches ultérieures, notamment de PHILBERT,

(4) VALTIS, *Le virus tuberculeux*, Paris, 1932, p. 92.

(5) Rapports édités par Masson.

(6) Rapport au VIII^e Congrès national de la tuberculose, p. 2.

(7) VALTIS, *Le virus tuberculeux*, p. 97; cf. FONTÈS, *L'ultra-virus tuberculeux*, Paris, 1932.

ne permirent pas de confirmer cette découverte; mais elles furent reprises dans le laboratoire de CALMETTE, en 1922 par VAUDREMER, et en 1923 par VALTIS, en partant de filtrats de crachats autolysés. « ... Ces expériences ont permis d'établir que les filtrats... renferment des éléments qui, quoique invisibles, même après centrifugation, donnent... des bacilles acido-résistants dans le système lymphatique du cobaye. » (8).

« Les recherches de Morton KAHN, qui a observé le mode de multiplication du bacille de la tuberculose en micro-culture, démontrent que le parasite de la tuberculose possède un cycle évolutif. » (9). Aussi VALTIS écrit-il : « On a l'impression qu'on se trouve en présence d'un cycle évolutif du parasite de la tuberculose évoluant de la fine granulation au granule, puis au bacille non acido-résistant, et enfin à la forme acido-résistante et typique du bacille de Koch. » (10).

L'existence de ces formes filtrantes n'a pas été admise sans difficulté par tous les auteurs, et récemment encore JOUSSER la contestait. Il semble bien qu'avec VAUDREMER l'on puisse dire que « la question nous paraît définitivement jugée... » si l'on veut bien répondre à cette interrogation : « Y a-t-il ou n'y a-t-il pas une tuberculose expérimentale due au virus filtrant, dont les signes sont comparables entre eux ? » (11).

La réponse ne fait pas de doute, et la preuve en est qu'Henri DURAND, au même Congrès, a pu consacrer un long rapport à la pathologie de l'animal après inoculation de virus tuberculeux filtrable (12).

3. — Constitution du bacille tuberculeux et réactions cellulaires.

La spécificité des diverses manifestations pathologiques étant basée, au point de vue scientifique, sur la constatation du germe en cause, d'une part, et sur leur reproduction expérimentale, d'autre part, nous ne nous attarderons pas à la question de l'anatomie pathologique de la tuberculose. Qu'il nous soit cependant permis de citer quelques-uns des enseignements que l'on a pu

(8) VALTIS, *loc. cit.*, p. 111.

(9) Id., *ibid.*, p. 6 et 7.

(10) Id., *ibid.*, p. 111.

(11) VAUDREMER, *Rapport au VIII^e Congrès...*, p. 10.

(12) *Rapports au VIII^e Congrès...*, p. 16.

tirer de l'étude des constituants du bacille tuberculeux (voir à ce sujet le remarquable ouvrage de Jean ALBERT-WEIL) (13).

Il semble « qu'au point de vue histo-pathologique chacune des diverses fractions isolées à partir des bacilles exerce chez l'animal des actions qui lui sont propres. Les unes sont responsables des formations tuberculeuses spécifiques (lipoïdes surtout). Les autres provoquent surtout des réactions histo-pathologiques non strictement spécifiques... (fractions protéiques, polysacchariques et certaines cires) » (14).

4. — Le polymorphisme de la tuberculose : tuberculose active et tuberculose évolutive.

Mais il est indispensable d'étudier les conceptions proposées pour tenter d'expliquer le polymorphisme de la tuberculose, car ces points ont un intérêt capital pour l'organisation d'une lutte antituberculeuse efficace, et permettraient peut-être, selon certains, l'interprétation des faits constatés chez les déments précoces.

Ce polymorphisme d'observation clinique ne demeure pas d'être troublant. Pourquoi l'infection bacillaire donne-t-elle ici une tuberculose rapidement évolutive et mortelle, là une forme fibro-ulcéreuse et chronique, là une généralisation, ailleurs une tumeur blanche, ailleurs encore une sclérose pulmonaire ?

Là n'est pas toute la question si, dans l'étude du polymorphisme anatomo-clinique de la tuberculose, au lieu de se borner à ses diverses manifestations cliniques, on envisage également *les modalités du comportement du B. K. dans l'organisme*. En effet, avec BEZANÇON et surtout SERGENT, il importe de différencier, d'une part, les *tuberculoses actives*; d'autre part, les *tuberculoses évolutives*.

Les premières sont, en quelque sorte, des tuberculoses biologiques : le sujet qui en est atteint présente dans son organisme, cela est certain, des lésions bacillaires, des bacilles même. Mais sa santé n'en est en rien troublée; c'est presque plus une symbiose qu'une parasitose. Il s'agit d'un

(13) *Les poisons du bacille tuberculeux et les réactions cellulaires et humorales dans la tuberculose*. Paris, 1931, in-8°.

(14) J. ALBERT-WEIL, *loc. cit.*, p. 310.

« foyer qui, tout en restant bacillifère, est en sommeil, c'est-à-dire ne donne aucun signe d'extension sur place ni d'essaimage dans le voisinage ou à distance... »⁽¹⁵⁾. Tandis que la tuberculose *évolutive* retentit sur la santé, et surtout s'étend, évolue; c'est une tuberculose pathologique, maladie. Certains, pensant mieux mettre en évidence ces concepts, ont proposé de substituer aux termes « active » et « évolutive » ceux de « non extensive » et « extensive ». Il semble que certains autres emploient, pour désigner ces mêmes faits, le mot de tuberculose « latente ». Le terme ne nous paraît pas bien choisi. Dire d'une tuberculose qu'elle est latente, c'est souligner combien elle est difficile à mettre en évidence; mais est-ce préjuger de son caractère au point de vue de l'évolution, de l'extension ?

D'autres auteurs enfin, BEZANÇON et SERGENT lui-même, parlent de tuberculose anatomique par opposition au terme de tuberculose clinique.

Qu'importe le mot si la chose est connue. On peut encore, au moins théoriquement, envisager un troisième état : celui de l'existence d'une tuberculose guérie au sens strict, c'est-à-dire qui ne laisserait plus dans l'organisme ni le moindre trouble, ni le moindre produit de désintégration des bacilles.

Quelles peuvent être les causes déterminantes de ces diverses modalités du comportement du B. K. dans l'organisme (tuberculose-maladie, tuberculose active, notamment) ?

Il faut le reconnaître : « ... la discussion reste encore ouverte sur l'interprétation des conditions et des causes qui régissent le déterminisme des diverses formes anatomo-cliniques de la tuberculose — en d'autres termes, le polymorphisme de la tuberculose. Les uns invoquent la qualité du bacille et de ses toxines, les autres leur quantité. J'ai toujours considéré qu'une place importante devait être réservée

(15) SERGENT, DURAND et TURPIN, La réactivation des foyers tuberculeux latents, *Paris-Médical*, 1928, p. 41. Dans cet article, les auteurs disent avoir montré, par inoculation, la réalité de l'existence des bacilles de Koch dans ces foyers et leur virulence.

vée aux conditions de terrain... » Ainsi s'exprime SERGENT dans *Les réveils de la tuberculose pulmonaire chez l'adulte* (16).

a) *Le polymorphisme est-il sous la dépendance de la virulence du germe ou de la quantité des germes infestants ?*

S. ARLOING, surtout, a soutenu la variabilité de la virulence du B. K., mais il ne nous a pas paru qu'aux yeux des cliniciens phthisiologues elle ait une grande importance. BEZANÇON s'exprime ainsi : « De très nombreuses recherches, en particulier de NOCARD, de KUSS, de BURNET, il semble ressortir que la virulence du bacille est presque toujours sensiblement la même, quelle que soit la provenance du bacille. » (17). Ce clinicien s'attache, au contraire, à la quantité des bacilles infectants : c'est une question de dose, dit-il; opinion partagée par LÉON BERNARD, qui écrit : « Les diverses modalités anatomo-cliniques de la primo-infection ne sont subordonnées qu'aux conditions quantitatives de la contamination... » (18).

b) *Quelle place revient dans ce polymorphisme aux formes filtrables ?*

SERGENT soutient que l'ultra-virus filtrable « tient sous sa dépendance une bonne part de l'explication du polymorphisme expérimental de la tuberculose » (19), et pense que cette donnée élargit le problème « en ajoutant aux conditions de terrain la notion des variétés du germe » (20). Mais VALTIS, parlant du rôle de l'ultra-virus dans la pathogénie, de déclarer : « Il nous paraît préférable, en l'état actuel de nos connaissances, de réserver encore l'interprétation de ces faits. » (21). Il lui semble toutefois légitime d'envisager, au moins sous forme d'hypothèse de travail, l'intervention du virus filtrant dans les tuberculoses dites, au point de vue anatomique, inflammatoires, dans certaines scléroses pulmonaires, et dans la formation de kystes thyroïdiens, des hydrocèles, de certaines cirrhoses.

(16) P. 16.

(17) BEZANÇON, *Les bases actuelles...*, p. 31.

(18) *Cours d'hygiène*, Paris, 1927, t. I, p. 642.

(19) SERGENT, *Les réveils de la tuberculose pulmonaire chez l'adulte*, Paris, 1933, p. 15.

(20) Id., *ibid.*, p. 119.

(21) *Le virus tuberculeux*, p. 131.

Dans leur rapport, Fernand ARLOING et André DUFOUT font preuve de la même prudence : « Il s'est écoulé encore trop peu d'années depuis que l'étude de l'ultra-virus a été entreprise avec fruit pour que l'on puisse percer avec certitude tout le mystère dont il s'entoure et fixer, même approximativement, le nombre et la qualité des états pathologiques qui en dépendent. »⁽²²⁾; ils montrent à quelle technique rigoureuse doivent se soumettre les expérimentateurs lorsqu'ils veulent mettre en évidence le rôle exclusif du virus filtrant dans l'étiologie d'une manifestation pathologique — en particulier à propos de la démence précoce et de la tuberculose — car « ... la présence de l'ultra-virus n'exclut pas la présence du germe adulte; les deux éléments sont ordinairement associés, quoique l'activité pathologique puisse être sous la dépendance tantôt de l'un, tantôt de l'autre »⁽²³⁾. Ils émettent enfin une opinion analogue aux hypothèses de VALTIS, opinion à rapprocher de celle de SERGENT. Ce dernier, notamment, à l'occasion de certains asthmes précédant, et de loin, l'évolution d'une tuberculose pulmonaire, écrit qu'il lui semble bien exister une « étape antébacillaire au début ou au cours de l'évolution de la tuberculose pulmonaire »⁽²⁴⁾. Mais virus et bacille sont, pour lui, associés dans la tuberculose humaine : « On n'ose plus étudier la pathologie du virus et la pathologie du bacille. »⁽²⁵⁾.

Notons en tremblant combien cette conception est dangereuse pour notre foi en la valeur diagnostique de l'inoculation au cobaye, en raison de la difficulté de découvrir des lésions discrètes liées au virus filtrant !

c) *Importance du terrain dans le polymorphisme de la tuberculose.*

Quoi qu'il en soit, il est actuellement encore bien *légitime d'accorder comme condition de ce polymorphisme*, avec SERGENT, *une place primordiale au terrain*.

« On ne fait pas pousser du blé sur du roc », répète comme un *leitmotiv* cet auteur, reprenant sous une forme particulièrement imagée la parabole que TROUSSEAU exprimait, lui

(22) *Rapport au VIII^e Congrès...*, p. 32.

(23) *Ibid.*, p. 50.

(24) SERGENT, *Les réveils...*, p. 122.

(25) *Id.*, *ibid.*, p. 134.

aussi, en disant : « Semez sur le roc, vous n'aurez pas de récolte. »

Cette notion du terrain, après avoir subi une demi-éclipse lorsque la théorie de la contagiosité parut avoir donné la solution de l'énigme de la tuberculose, a repris ces derniers temps le premier plan, et la plupart des auteurs comme BEZANÇON, LÉON BERNARD, AUBERTIN, DEBORE, dans leurs récentes publications, lui attribuent, avec SERGENT, un rôle important : « Il n'y a pas d'évolution de tuberculose sans défaillance de terrain. »⁽²⁶⁾.

En effet, le terrain semble bien conditionner le polymorphisme anatomo-clinique, surtout pour ce qui concerne le passage de la tuberculose active à la tuberculose évolutive.

Ces notions de tuberculose active et évolutive sont particulièrement importantes. Elles permettent de pénétrer plus intimement dans le rôle du terrain; elles justifient la phrase de SERGENT : « *la prophylaxie et la thérapeutique ne peuvent être assurées d'un rendement efficace que si elles visent à combattre, non seulement les sources de contagion, mais aussi les conditions individuelles et collectives qui favorisent la germination de la tuberculose en amoindrissant la résistance organique* »⁽²⁷⁾.

3. — Que faut-il entendre par « terrain » ? Ses composants.

Mais cette notion du terrain est-elle sortie des brouillards de l'anthropomorphisme ? Qu'il nous soit permis de répondre avec franchise : partiellement, oui; complètement, non. Cependant, grâce à l'expérimentation, à l'observation clinique considérée « comme une sorte d'expérimentation spontanée sur l'homme »⁽²⁸⁾, les auteurs sont parvenus à serrer d'assez près les faits.

Le « terrain » était à l'ordre du jour au VI^e Congrès natio-

(26) Id., *ibid.*, p. 40.

(27) SERGENT, *Les réveils...*, p. 42.

(28) Id., *ibid.*, p. 23.

nal de la tuberculose, tenu à Lyon en 1927. Aussi est-ce surtout d'après les rapports présentés par SERGENT et TURPIN ⁽²⁹⁾, d'une part, et par Paul COURMONT ⁽³⁰⁾, d'autre part, que nous nous proposons de l'étudier. Nous renvoyons d'ailleurs à ces textes pour les compléments nécessaires.

On considère, en général, dans le terrain :

- des facteurs héréditaires;
- des facteurs liés à des modifications chimiques ou glandulaires de l'organisme;
- des facteurs humoraux, pour une grande part en rapport avec les diverses infections ou intoxications dont peut être atteint l'organisme;
- des facteurs liés à l'infection bacillaire elle-même qui modifie le terrain sur lequel elle évolue.

Ces derniers sont particulièrement importants, notamment au point de vue du comportement vis-à-vis des nouveaux contacts infectants : il conviendra donc que nous nous y attachions, en raison de l'intérêt doctrinal et pratique qui s'y attache.

Tous ces divers facteurs sont séparés d'une façon un peu arbitraire et pour la commodité de l'analyse : aussi est-il bien difficile d'avoir la certitude que l'un de ceux que l'on croit avoir éliminés n'intervient pas indirectement. Ce serait bien ici qu'il conviendrait de répéter, avec Claude BERNARD : « Il existe dans les manifestations des corps vivants une solidarité de phénomènes toute spéciale... » ⁽³¹⁾.

Pour ce qui concerne les facteurs liés à l'infection bacillaire elle-même, dont on désigne les conséquences sous le nom général d'état allergique, SERGENT et TURPIN n'ont pas hésité, dans leur

(29) Les facteurs de terrain, autres que l'allergie, dans l'infection tuberculeuse, *Revue de la Tuberculose*, avril 1927, p. 200-221.

(30) Les bases expérimentales des réactions d'allergie dans la tuberculose, *ibid.*, p. 143-199.

(31) Introduction à l'étude de la médecine expérimentale, Paris, 1863, p. 430.

rapport, à écrire : « Il est impossible de séparer l'étude du terrain tuberculeux de celle de l'allergie. » (32).

a) *Facteurs non spécifiques du terrain.*

La logique de la médecine expérimentale exigerait que, pour l'étude rigoureuse des facteurs non spécifiques du terrain, on déterminât avec précision les autres facteurs qui interviennent dans l'étiologie de la tuberculose, puis ceux-ci étant maintenus constants, qu'on examinât en fonction de ceux-là les divers aspects de l'infection tuberculeuse.

Posé sous cette forme, c'est montrer la quasi-impossibilité de résoudre le problème. En effet, si l'esprit parvient encore, au moins théoriquement, à discerner ces autres facteurs, parmi lesquels, par exemple :

- la virulence, le nombre des bacilles infectants;
- l'époque, la répétition du contact infectant;
- les réactions spécifiques,

qui concourent à donner un aspect particulier aux manifestations constatées, il ne peut guère aller plus loin. D'autant que, si l'expérimentation sur l'animal peut être une source d'enseignements, elle ne saurait résoudre bien des questions : on sait que certains animaux sont réfractaires à la tuberculose, et que chez les autres, par inoculation du B. K., ou on n'obtient aucune lésion si la dose est faible, ou on provoque une tuberculose plus ou moins rapidement évolutive selon les circonstances, mais toujours progressive jusqu'à la mort. Comme nous sommes loin des alternatives de réveils et d'arrêts que l'on constate chez l'homme !

On est donc réduit à procéder par approximation en analysant les données de la clinique et en les comparant à celles de l'expérimentation. Il n'est pas dans notre rôle de refaire ici, même sommairement, cette étude, basée avant tout, d'une part, sur le caractère spécial de la tuberculose du nourrisson et de l'enfant; sur ce qu'il est d'usage d'appeler la loi de Marfan, d'autre part.

1° FACTEURS HÉRÉDITAIRES. — Lorsqu'on aborde la question du rôle de l'hérédité dans la tuberculose, la première question qui se pose est celle de l'hérédité de graine.

(32) Rapport au VI^e Congrès national de la Tuberculose, *Revue de la tuberculose*, avril 1927, p. 204.

a. *L'hérédité de graine.* — On sait combien l'apparition fréquente de tuberculose chez les descendants de tuberculeux a permis de parler longtemps de diathèse. Une analyse plus précise des faits a paru montrer le rôle de la contagion familiale descendante. Aussi fut-il un temps où l'on niait délibérément cette hérédité de germe. L'absence de réaction tuberculinique chez l'enfant né de parents tuberculeux et isolé d'eux, le succès des OEuvres du placement des Tout-Petits et de l'OEuvre Grancher, en paraissaient une preuve décisive, et, dans sa thèse inaugurale, qui fait encore autorité en la matière, Marcel LELONG n'hésitait pas à écrire en ses conclusions : « En résumé, la doctrine de l'hérédité tuberculeuse de germe n'est basée que sur quelques faits exceptionnels de contagion intra-utérine. » (33). Ces faits visent les cas où il y a effraction du placenta, celui-ci présentant des lésions. Dans ces conditions, il est rare que l'enfant survive.

La découverte des formes filtrables, qui, comme le dit SERGENT, « pose de nouveau le problème de l'hérédité tuberculeuse » (34), doit-elle ruiner cette conception ? La plupart des auteurs ne le pensent pas. Et sans être aussi affirmatif que LÉON BERNARD, qui disait, lui aussi, en 1927, que la transmission héréditaire est de « caractère exceptionnel et rarissime » (35), VALTIS écrit : « Les travaux parus au cours de ces dernières années sur l'existence de l'ultra-virus tuberculeux... ne changent rien à la notion d'après laquelle l'infection tuberculeuse humaine est surtout réalisée après la naissance. » (36).

En effet, si l'on peut rendre l'infection héréditaire par les formes filtrantes du B. K. responsable du syndrome cachectique dit de *dénutrition progressive* (LACOMME), elle ne paraît, dans la plupart des cas, entraîner aucune conséquence. ARLOING et DUFOURT, dans leur rapport à Marseille, expriment la même opinion, puisqu'ils écrivent : « On peut considérer comme certain que le fait pour une femme tuberculeuse de devenir enceinte équivaut presque mathématiquement à l'infection de son futur enfant par l'ultra-virus... » (37). « ... Tout porte à admettre que les enfants nouveau-nés qui ont échappé au syndrome de *dénutrition progressive* éliminent et détruisent l'ultra-virus dans le cours de leurs premières

(33) *L'enfant issu de parents tuberculeux. Etude critique de l'hérédité tuberculeuse*, thèse Paris, 1923, n° 66, p. 167.

(34) *Les réveils...*, p. 119.

(35) *Cours d'hygiène*, t. I, p. 627.

(36) *Le virus tuberculeux*, p. 45.

(37) *Loc. cit.*, p. 42.

années ou de leurs premier mois... » (38). Les rapporteurs vont même plus loin : « La contamination... est peut-être susceptible d'avoir un effet vaccinant vis-à-vis d'une inoculation exagérée ultérieure de bacilles évolués » (39), mais concluent : « La notion nouvelle de l'hérédité ne modifie donc en rien les lois de la prophylaxie antituberculeuse postnatale... » (40).

β. *L'hérédité non spécifique.* — L'hérédité de germe semblant donc devoir être considérée comme de peu d'importance (41), c'est aux caractères héréditaires du terrain proprement dit qu'il convient de s'attarder. Alors que pour le nourrisson, ceux-ci n'interviennent guère (on peut dire que, pour lui, le contagion domine tout, le terrain n'est rien), il en est tout autrement du grand enfant ou de l'adulte.

Sans doute, dans la seconde enfance, l'importance de la contamination semble régler en partie les conséquences du *premier contact infectant*, lequel, à un âge plus ou moins avancé, selon les circonstances, a atteint la presque totalité des humains de nos régions de vie « grégaire » et hautement civilisée, mais la clinique, pour certains auteurs du moins, montre qu'une part importante doit être réservée (pour expliquer l'évolution de cette *primo-infection*) à ces mille impondérables du terrain qu'ils se sont efforcés de synthétiser dans les études de morphologie.

C'est ici qu'il convient de parler de l'hérédité dystrophique de LANDOUZY, de l'hérédité de prédisposition de PETER, de l'hérédité du *locus minoris resistentiae* de TURBAN (souvent infirmée d'ailleurs), de l'hérédité du même âge de BREHMER (également exceptionnelle). C'est ici que reparait la notion de la diathèse tuberculeuse (WRIGHT et LEWIS).

Lorsque l'hérédité de terrain semble se manifester tardivement, on peut se demander, avec SERGENT et TURPIN, si l'explication n'en

(38) *Ibid.*, p. 43.

(39) *Ibid.*, p. 43.

(40) *Ibid.*, p. 46.

(41) Toute différente est la conception d'Auguste LUMIÈRE, qui s'est fait l'apôtre de la théorie héréditaire de la tuberculose par des arguments dont certains sont, il faut l'avouer, assez convaincants. Cf. : *Tuberculose, contagion, hérédité*, Lyon, 1930; *Quelques travaux complémentaires relatifs à la propagation de la tuberculose*, Lyon, 1932; *Ibid.*, Lyon, 1934; L'allergie dans la tuberculose, *Paris médical*, 1931, p. 393.

Nous n'adoptons ni ne discutons ici ses idées : il y a là surtout une question de doctrine qui, *en fait*, n'influe que fort peu sur la conduite de la prophylaxie à l'égard des adultes.

est pas que : « à mesure que se poursuit la croissance de l'enfant, ses caractères héréditaires s'affirment... [et] subissent par ailleurs l'influence des acquisitions morbides » (42).

Pour M. LELONG, « la doctrine de l'hérédité de terrain, rendue classique par LANDOUZY (hérédodystrophie, hérédoprédisposition, hérédimmunité) n'est basée sur aucun argument démonstratif » (43). L'opinion de CALMETTE est bien voisine de cette dernière, puisqu'il écrivait en 1920 : « C'est donc une opinion généralement répandue qu'il existe, chez certaines races d'hommes..., une sensibilité ou une résistance plus ou moins marquée à l'égard de la tuberculose. Mais, jusqu'à présent, on n'a jamais fait la preuve que cette sensibilité ou cette résistance — si tant est qu'elle existe — résulte d'une imprégnation héréditaire spécifique par les produits de sécrétion du bacille. Il apparaît bien plutôt qu'elle doit être en rapport avec la texture ou avec les dispositions particulières des ganglions et appareils lymphatiques » (44), ajoutant, en 1928, « ou avec les infections congénitales, par les éléments filtrables du bacille de Koch » (45), ce qui nous semble beaucoup diminuer la portée de son affirmation antérieure.

2° FACTEURS LIÉS A DES MODIFICATIONS CHIMIQUES OU GLANDULAIRES DE L'ORGANISME. — Qu'ils interviennent, cela ne fait pas de doute; mais dans quelle mesure, dans quel sens ? Il faut constater que l'accord n'est pas fait à cet égard.

Dans une tuberculose évolutive, il y a, certes, perturbation du métabolisme des graisses et du calcium. Faut-il aller plus loin ? « On ne peut s'empêcher de convenir que les médications susceptibles d'inhiber l'évolution de la tuberculose sont précisément celles qui augmentent la teneur de l'organisme en calcium (adrénaline, facteur A...) », écrit SERGENT (46).

Bien que l'on sache qu'un milieu acide soit favorable au B. K., que peut-on dire de l'équilibre acido-basique ?

Le rôle du foie est aussi — pour ne pas dire plus — indiscutable : on connaît la tuberculose des hépatiques (VILLARET), l'anergie hépatique (FIESSINGER)... On connaît aussi la gravité de la tuberculose des diabétiques.

Du point de vue endocrinien, la thyroïde semble jouer un rôle

(42) Rapport au VI^e Congrès..., *Revue de la tuberculose*, avril 1927, p. 207.

(43) Thèse, p. 164.

(44) *L'infection bacillaire...*, édition de 1920, p. 235.

(45) *Ibid.*, 3^e éd., p. 302.

(46) Rapport au VI^e Congrès..., *Revue de la tuberculose*, avril 1927, p. 218.

dans la tuberculisation. De même, l'ovaire : les tuberculeuses de la puberté sont fréquentes.

On sait enfin combien la grossesse, qui modifie l'équilibre hormono-glandulaire et nutritif, peut être la cause de l'évolution grave de la tuberculose : n'a-t-on pas écrit qu'elle est, avec le *post partum* (47), la pierre de touche de la guérison ?

Les perturbations qui portent sur le système vago-sympathique sont susceptibles aussi d'influer sur la tuberculose : c'est, du moins, ce que donnent à penser les relations des phénomènes biologiques de réaction à la tuberculine avec le dysfonctionnement de ce système (GARRELON et SANTENOISE).

D'une façon plus générale, on peut considérer l'ensemble des états chimiques et glandulaires sous le vocable « équilibre humoral », et souligner l'action néfaste au point de vue de la tuberculose des phénomènes de choc. La chose est d'importance en médecine mentale, où des thérapeutiques de cette nature sont fréquemment employées.

A ces facteurs, on peut rattacher l'involution sénile qui s'accompagne, beaucoup plus souvent qu'on ne le croit parfois, de tuberculose évolutive.

3° FACTEURS LIÉS A DIVERS ÉTATS PATHOLOGIQUES QUI PEUVENT ATTEINDRE L'ORGANISME. — Disons d'emblée combien ce paragraphe est conventionnel; si l'on pénétrait intimement dans le mécanisme des faits, on serait vraisemblablement ramené à un des cas envisagés précédemment; cependant, il importe de conserver ce paragraphe, car il permet d'insérer dans notre exposé les faits si connus de tuberculose évolutive survenant après n'importe quelle maladie infectieuse. Faut-il citer la rougeole, la grippe, la diphtérie, la syphilis secondaire ? (48). L'extension rapide de la tuberculose chez les leucémiques ?

C'est ici le lieu d'aborder la question des *rapports de la tuberculose et de l'alcoolisme*. Après une étude plus approfondie de la question, il semble bien que ceux-ci soient, en fait, moins constants et moins étroits qu'on le crut longtemps: LEUDET, RIST, LÉON BERNARD, n'estiment pas que l'alcoolisme soit « en général favorable au développement de la tuberculose, ni par suite capable

(47) Pour ce dernier, il convient de considérer, outre les perturbations humorales, les facteurs mécaniques sur lesquels Sergent a insisté, et dont le succès des pneumothorax préventifs montre l'importance.

(48) Par contre, pour beaucoup d'auteurs, la syphilis ancienne aurait une action sclérosante.

de prédisposer de manière assez régulière à cette maladie », écrit ARNOULD (49), qui n'hésite pas à conclure : « Il n'existe pas de concordances statistiques générales entre la fréquence de l'alcoolisme et celle de la tuberculose telles qu'elles nous sont connues par les chiffres indiciaires dont nous disposons. » (50).

Si l'on ne peut encore rien dire de certain en ce qui concerne le rôle des *maladies par carence* proprement dites, les régimes alimentaires pauvres en « lumière intégrée » sont, par contre, des causes qui nous paraissent aussi indiscutablement favorables à l'évolution d'une tuberculose que ce que l'on désigne sous le terme général de « misère »..., encore que ce mot contienne bien des facteurs qu'il convient de dénombrer soigneusement — et nous n'y manquerons pas — si l'on veut lutter efficacement contre eux. Mais si la misère peut être une des causes de l'apparition d'une tuberculose-maladie, disons tout de suite, avec BEZANÇON : « La tuberculose bien souvent n'est pas une maladie de la misère, mais peut frapper les hommes les plus vigoureux. » (51).

En manière de conclusion à ce paragraphe, nous répéterons avec SERGENT et TURPIN : « Des toxi-infections surajoutées peuvent modifier les caractères anatomiques et cliniques d'une tuberculose préexistante, et ceci sans l'intervention d'une réinfection tuberculeuse hétérogène. » (52).

b) *Facteurs spécifiques; allergie, anergie.*

Ces constituants non spécifiques du terrain n'acquièrent leur importance que parce qu'ils interfèrent avec les modifications produites dans ce même terrain par les conséquences biologiques et humorales de l'infection bacillaire, que mettent en évidence, entre autres, ce que l'on appelle les réactions d'allergie et d'anergie.

Cette question de l'allergie et de l'anergie tuberculeuses (53) est particulièrement difficile à aborder ici en raison, d'une part,

(49) La fréquence de la tuberculose est indépendante de celle de l'alcoolisme, *Revue de phthisiologie*, juill.-août 1932, p. 395.

(50) *Ibid.*, p. 397.

(51) *Les bases actuelles du problème de la tuberculose*, p. 82.

(52) *Rapport au VI^e Congrès...*, p. 215.

(53) Bien qu'en fait, lorsqu'on parle d'allergie, on ait le plus souvent en vue l'allergie tuberculeuse, il convient de préciser toujours l'infection en cause; l'allergie est un phénomène général : c'est ainsi, par exemple, que la négativité de la réaction de Schick à la toxine diphtérique est une manifestation d'allergie diphtérique.

de la complexité des faits; d'autre part, de la diversité des théories émises pour en rendre compte. Nous ne rappellerons que quelques faits et n'invoquerons que quelques-unes des nombreuses théories. Nous emprunterons les unes et les autres soit aux livres déjà cités de CALMETTE et VALTIS, soit au rapport de P. COURMONT au Congrès de Lyon (1927), soit à l'ouvrage de J. ALBERT-WEIL et à celui de V. de LAVERGNE⁽³⁴⁾; ce dernier, donnant une vue d'ensemble de la question, est particulièrement intéressant, d'autant que l'esprit d'initiation qui l'a inspiré en rend la lecture facile.

Telles sont les bases que nous avons cru devoir utiliser; nous savons qu'elles négligent de nombreuses autres théories qu'une étude poussée de cette question ne devrait pas laisser dans l'ombre. Nous pensons, en particulier, aux conceptions de MILIAN sur le *Biotropisme*⁽³⁵⁾, et surtout aux essais de synthèse de TZANCK⁽³⁶⁾ et de GUILLAUME⁽³⁷⁾. Mais nous avons cru trouver dans les textes que nous avons retenus tout le nécessaire pour remplir les buts définis dès les premières lignes de ce chapitre de Généralités.

En effet, l'allergie et l'anergie ne peuvent nous intéresser ici que pour autant qu'elles permettent d'expliquer certains faits pathologiques et d'imprimer une direction particulière à la thérapeutique et à la prophylaxie. C'est dire que nous n'étudierons les modifications humorales dues à l'infection tuberculeuse que pour essayer d'établir dans quelle mesure elle provoque une relative immunité, de même que nous ne nous occuperons de la nature et du mécanisme des réactions allergiques que parce qu'il semble que l'on puisse rendre celles-ci responsables de certains aspects de la symptomatologie et de l'évolution de la tuberculose.

1° MÉTHODES OBJECTIVANT LES CARACTÈRES SPÉCIFIQUES. — Lorsqu'il s'agit de mettre en évidence la présence des caractères spécifiques tuberculeux sur un sujet donné, de nombreuses méthodes peuvent être mises en œuvre.

On connaît, par exemple, la méthode de séro-agglutination de culture homogène de bacilles d'ARLOING et COURMONT, dont CALMETTE écrivait qu'il est très probable que les réactions positives révèlent des tuberculoses latentes « ... de sorte que la recherche des agglutinines dans le sérum n'aurait de valeur clinique que lors-

(34) *Allergie et anergie en clinique*, Paris, 1931.

(35) *Le biotropisme*, Paris, 1929, gd in-8°.

(36) *Immunité, intolérance, biophylaxie*, Paris, 1932.

(37) *De la sensibilisation*, Paris, 1933, in-8°.

qu'elle fournit des résultats négatifs »⁽⁵⁸⁾, de même que, « s'il n'est pas niable que les phénomènes de précipitation que l'on observe fréquemment lorsqu'on met les sérums de tuberculeux en présence de tuberculine présentent un réel intérêt biologique, on doit conclure qu'il n'est pas possible d'en tirer parti pour le diagnostic de l'infection tuberculeuse »⁽⁵⁹⁾, pas plus d'ailleurs que du titrage de l'alexine : « il ne semble ... pas que le titrage de l'alexine... puisse fournir d'indications utiles pour le diagnostic ou pour le pronostic de la tuberculose »⁽⁶⁰⁾.

Un procédé voisin de ceux-ci est la réaction de BESREDKA ou de déviation du complément, de résultat d'ailleurs imprécis selon bien des auteurs⁽⁶¹⁾.

Mais ces méthodes et de nombreuses autres cèdent le pas devant celles basées sur les réactions à la tuberculine, qui sont les seules, d'essence même, allergiques.

Nous n'avons pas à parler ici du célèbre extrait bacillaire de Robert KOCH, ni des produits que l'on a pu en tirer et qui sont utilisés dans le but d'interroger le terrain. De ces méthodes elles-mêmes, nous ne dirons que quelques mots.

On connaît la cuti-réaction de von PIRQUET, dont la technique la plus commode et la plus sûre est celle de CALMETTE. Tout médecin qui a passé dans un service de pédiatrie en a la pratique. La cuti-réaction homéotype, la cuti-vaccination de PONDORF, l'intradermo-réaction de MANTOUX sont de technique plus complexe bien que relativement aisée⁽⁶²⁾. On connaît aussi l'ophtalmo-réaction, l'injection sous-cutanée de tuberculine que ses dangers ont fait abandonner en médecine humaine.

Ce n'est pas le lieu d'étudier ici les réactions que la tuberculine — cette substance par elle-même non toxique pour le sujet sain — provoque lorsqu'elle est mise au contact d'un organisme infecté : réactions générales, focales et locales dans les injections sous-cutanées; locales seules pour les autres méthodes. On sait que beaucoup ont l'habitude de considérer qu'il y a un certain

(58) CALMETTE, *L'infection bacillaire...*, 3^e éd., p. 465.

(59) Id., *ibid.*, p. 471.

(60) Id., *ibid.*, p. 476.

(61) Nous n'envisagerons pas la réaction de Vernes comme de valeur non essentiellement spécifique, malgré sa valeur clinique, sur laquelle nous nous étendrons plus loin.

(62) Exposés en particulier dans la thèse de Jean MAILLEFER, *Recherches sur la sensibilisation des déments précoces à la tuberculose*, Paris, 1934, p. 30-36.

parallélisme entre l'intensité des réactions locales et l'intensité de l'état allergique.

2° QUE TRADUISENT LES RÉACTIONS D'ALLERGIE ? — « *Allos ergos* », « d'autre manière », pour reprendre l'étymologie qui a suggéré à von PIRQUET, en 1907, l'expression qui a fait fortune ? L'expérimentation nous répond : En ce qui concerne la tuberculose, on les constate chez le sujet infecté par le bacille, après qu'un certain temps s'est écoulé depuis l'inoculation bacillaire. C'est la période anté-allergique, dont DEBRÉ a retrouvé l'existence chez l'enfant. Sa longue durée serait même d'un bon pronostic (63).

Mais l'expérimentation a permis d'aller plus loin et d'établir « que l'inoculation de cultures tuées suffit à rendre l'animal allergique » ; de même, certaines « protéines microbiennes possèdent le pouvoir allergène spécifique » (64).

Pour ce qui est des poisons bacillaires, ce sont surtout, pour le B. K., les endotoxines qui ont été étudiées : elles se sont montrées faiblement allergènes ; mais, par contre, de même que la tuberculine, elles provoquent avec violence les réactions allergiques.

Du fait que l'allergie tuberculeuse n'apparaît qu'après une période d'anté-allergie s'il y a eu inoculation de B. K., du fait que, s'il s'agit d'une simple inoculation de protéines bacillaires, l'interrogation par la tuberculine ne révèle des manifestations allergiques que pendant un temps assez court, il semble bien qu'on puisse déduire, avec J. ALBERT-WEIL, qu'en clinique « la persistance de l'état allergique est due... à ce que les bacilles demeurent longtemps vivants, peuvent même... proliférer dans l'organisme, et suscitent donc une active formation d'anticorps » (65).

3° QUELLE EST LA NATURE DES RÉACTIONS ALLERGIQUES ? — Cette « capacité modifiée de réaction » par laquelle « l'organisme se blesse lui-même », pour reprendre deux expressions de V. DE LAVERGNE (66), qui traduisent bien cette hypersensibilité, « cette sensibilité accrue aux poisons bacillaires » (67) n'est pas sans analogie avec l'anaphylaxie. Il semble bien qu'il ne faille pas pousser l'analogie jusqu'à l'identification. L'anaphylaxie est une

(63) LÉON BERNARD et DEBRÉ, selon VALTIS, *Le virus tuberculeux*, p. 84.

(64) V. de LAVERGNE, *loc. cit.*, p. 14.

(65) *Les poisons du bacille tuberculeux...*, p. 249.

(66) *Allergie et anergie en clinique*, p. 7.

(67) LÉON BERNARD, *Cours d'hygiène*, t. I, p. 637.

réaction antigène-anticorps absolument spécifique; « la spécificité... de la tuberculine n'est pas rigoureuse... Le tuberculeux a... une hypersensibilité générale à des substances diverses... (corps cellulaires, par exemple). L'anaphylaxie passive à la tuberculine n'est pas constante, et les phénomènes d'anti-anaphylaxie sont douteux » (68).

Cependant, dans les réactions locales, H. ZINSSER (69) croit pouvoir rattacher à l'anaphylaxie une partie des phénomènes locaux, notamment la papule précoce. Il paraît donc légitime de dire avec ALBERT-WEIL : « L'allergie, proche parente de l'anaphylaxie puisqu'elle ne peut être créée que par des protéines, s'en différencie par ce fait que la substance déchainante, qui est toujours d'origine protéique, peut cependant différer dans une certaine mesure, en ce qui concerne la taille moléculaire et les proportions des constituants moléculaires, de la substance sensibilisante, dont elle peut souvent n'être qu'une des fractions; cette fraction ne serait pas en mesure de créer par elle-même l'état de sensibilisation. » (70).

L'opinion de CALMETTE au sujet des rapports de l'anaphylaxie et des réactions tuberculiniques est assez voisine, mais plus formelle encore puisqu'il écrit : « ... la réaction tuberculinique chez les tuberculeux ne peut être envisagée ni comme un phénomène d'anaphylaxie, ni comme un phénomène d'anaphylatoxie. Elle résulte de l'action lytique de certaines substances contenues dans les humeurs des sujets bacillisés sur la tuberculine... » (71).

4° L'ANERGIE. — L'analyse des faits cliniques montre qu'un sujet qui a été allergique peut devenir anergique, ou, pour reprendre un mot de DUJARIER, peut-être plus explicite, anallergique.

Cet état d'anergie, qui, au sens strict, n'est qu'une disparition du pouvoir de réaction allergique, souvent en clinique, précède de peu un réveil d'une infection jusqu'alors non évolutive — ce que les auteurs nomment une réinfection endogène — ou coïncide dans la tuberculose-maladie avec une disparition des moyens de défense contre l'infection : il est, on le sait, en général d'un mauvais pronostic — actuel — pour le tuberculeux.

Nous n'avons pas à étudier les causes d'anergie, celles-ci étant

(68) P. COURMONT, Rapport au VI^e Congrès..., *Revue de la tuberculose*, avril 1927, p. 196-197, *passim*.

(69) Cité par CALMETTE, *L'infection bacillaire*..., 3^e éd., p. 363.

(70) *Les poisons du bacille tuberculeux*..., p. 248-249.

(71) *L'infection bacillaire*..., 3^e éd., p. 367.

précisément les facteurs non héréditaires et non spécifiques (modifications endocrino-sympathiques, infections, etc.) du terrain.

Notons toutefois qu'il existe, en outre, des causes d'anergie cutanée : exposition aux rayons ultra-violets, par exemple.

6. — Transfert en clinique des diverses données concernant l'allergie.

Trois points doivent nous occuper avant tout :

- a) Existe-t-il des symptômes en rapport avec les réactions allergiques ?
- b) Quel aspect donne à l'évolution de la tuberculose l'apparition d'un terrain allergique ?
- c) Pour un organisme allergique, que provoquent les surinfections par le B. K. ? En d'autres termes, l'allergie témoigne-t-elle d'une certaine immunité ?

a)

C'est dans l'étiologie des signes généraux constatés dans la tuberculose, dans la symptomatologie de poussées évolutives, que l'on peut, semble-t-il, invoquer l'existence de réactions allergiques produites spontanément et en rapport avec la désintégration des bacilles (72).

b)

L'existence de facteurs allergiques dans le terrain semble donner à la tuberculose-maladie une tendance indiscutable à l'*évolution chronique*. Selon CALMETTE, l'état d'allergie empêche le retentissement ganglionnaire, facteur de diffusion; mais par le mécanisme des surinfections, il provoque la formation du caséum et le développement des spélonques.

Pour RIST, DOUBROW et FOURMENT, « en règle générale, l'état d'allergie entraîne le développement du tissu fibreux aboutissant du métamorphisme collagène de la fibrine, tendant à limiter les lésions par enkystement. » (73). La caséification n'apparaît, selon ces auteurs, qu'à défaut d'allergie.

J. ALBERT-WEIL estime que, dans ces diverses théories, on ne tient pas suffisamment compte du rôle des cellules (éléments blancs du sang, appareil réticulo-endothélial et conjonctif) comme fac-

(72) Cf. ALBERT-WEIL, *op. cit.*, p. 260.

(73) De LAVERGNE, *op. cit.*, p. 139.

teurs de localisation ou de dispersion de l'infection tuberculeuse : « toute mobilisation cellulaire brutale, surtout l'afflux et la phagocytose polynucléaires, ont en général un effet néfaste (LE GUYON, J. ALBERT-WEIL, MADELAINE) » (74). Il importe de ne pas perdre de vue cette notion d'application utile.

On sait que, pour Henri BARUK, c'est une sensibilité particulière en rapport avec l'état d'allergie, qui serait la cause de la localisation du virus tuberculeux sur le système nerveux central, constatée au cours de certaines démences précoces (75).

c) *Quelle relation peut-il y avoir entre l'état d'allergie et celui d'immunité ?*

Disons tout de suite qu'il est inexact de parler d'immunité, car ce que l'on constate n'est pas une immunité, mais un « état de prémunition, c'est-à-dire de résistance aux surinfections... ».

On trouvera les idées de CALMETTE sur cette relation dans un exposé à la VII^e Conférence de l'Union internationale contre la tuberculose, à La Haye, le 6 septembre 1932, où il conclut : « On doit admettre que l'allergie n'est pas une manifestation d'immunité. Elle est exclusivement le signe avertisseur d'une infection bacillaire. » (76). C'est aussi l'opinion d'ALBERT-WEIL (77).

Que l'allergie doive être considérée comme indépendante de l'immunité, il n'en reste pas moins vrai que « l'hypersensibilité tuberculinique va en général de pair avec un certain degré de résistance aux surinfections » (78). C'est assez dire combien les phénomènes sont, en fait, étroitement associés.

Cette question de la résistance aux surinfections est de

(74) *Les poisons du bacille tuberculeux...*, p. 312.

(75) Cf., entre autres, Société médico-psychologique, séance du 28 nov. 1932, *Annales médico-psychologiques*, nov. 1932, t. II, p. 469.

(76) Au sujet des relations entre l'allergie tuberculinique et l'immunité dans la tuberculose. Exposé à la VII^e Conférence..., *Presse médicale*, 10 sept. 1932, p. 1381.

(77) Les réactions tuberculiniques dans leurs rapports avec l'allergie tuberculeuse, *Revue de la tuberculose*, 1932, p. 602.

(78) A. WEIL, *ibid.*, p. 602.

conséquence pratique considérable; aussi allons-nous lui consacrer un certain développement.

7. — La prémunition ou résistance aux surinfections.

a) *Sa base expérimentale.*

C'est le célèbre phénomène de Koch constaté sur le cobaye : élimination par nécrose cutanée suivie de restauration sans atteinte ganglionnaire, des bacilles de surinfection injectés sous la peau d'un cobaye présentant une tuberculose expérimentale, et partant allergique. Certains considèrent ce *phénomène de refus* comme de nature allergique : ce n'est pas sans vraisemblance, mais nous avons vu que Calmette ne partageait pas cette opinion.

Le phénomène de refus a été très étudié. Si, dans sa forme typique de phénomène de Koch, il est particulier au cobaye, il est peut-être excessif de lui refuser avec Philibert toute portée générale, car on a pu mettre en évidence des phénomènes de même nature chez bien des animaux (expériences de ROEMER et JOSEPH sur le mouton, de RIST et KINDBERG sur le chien par voie pulmonaire et sur le lapin par voie péritonéale).

La conclusion expérimentale qui se dégage de ces faits est que, *pour l'animal porteur de tuberculose, les surinfections ne sont pas efficaces en ce sens qu'elles ne sont pas suivies de tuberculose au lieu d'inoculation*. Ce qui ne veut pas dire qu'elles soient sans action, car l'intensité même du phénomène de refus peut provoquer une congestion locale et un choc susceptible même d'amener une mort subite.

b) *Son transfert en clinique est-il justifié?*

Lorsqu'il s'agit de transférer ces faits en clinique humaine, c'est particulièrement le moment de se souvenir, pour ne pas généraliser avec légèreté, combien la tuberculose de l'animal est différente de la tuberculose active, mais non évolutive de l'homme adulte sain, pour lequel il importe tant de

savoir dans quelle mesure les contagions sont susceptibles de provoquer une tuberculose-maladie.

1° ARGUMENTS EXPÉRIMENTAUX. — Il semble bien, cependant, qu'au moins dans leurs grandes lignes on puisse retenir les faits expérimentaux.

D'ailleurs n'y a-t-il pas l'exemple — véritable épreuve expérimentale — des tubercules anatomiques accidentels (médecins, infirmiers) guérissant spontanément et non suivis de localisation ganglionnaire ?

Mais cette théorie de la résistance aux surinfections que nous avons assise, il faut le dire franchement, avant tout, sur des faits observés chez l'animal ou sur des faits particuliers (inoculations cutanées), subira-t-elle victorieusement l'assaut de la clinique, où les réinfections exogènes se font par voie digestive ou aérienne ? (79). Il le paraît bien.

2° ARGUMENTS CLINIQUES : FRÉQUENCE DE LA CONTAGION DE L'ADULTE. — Notons d'abord que la simple observation montre « qu'un contagion, éphémère et léger, n'a pas ici la gravité qu'il a dans la rougeole ou la grippe... » (80).

Aussi est-ce seulement la question de la nocivité des *contagions massifs et répétés* qu'il convient d'étudier : s'il est établi par la clinique que cette nocivité est constante, ou même simplement fréquente, oublions bien vite l'expérimentation trompeuse. Or, il n'en est rien, comme l'expérimentation le fait soupçonner :

« Les surinfections massives et efficaces sont relativement rares : il est aussi exceptionnel de retrouver chez un tuberculeux adulte comme cause immédiate de sa maladie une source prochaine

(79) On sait que Calmette s'est fait l'apôtre de la voie digestive d'infection chez l'homme, et ce par des arguments qui paraissent devoir entraîner l'adhésion, surtout si l'on remarque que la région pharyngienne appartient aux deux systèmes, et que, en fait, on « mange » souvent ce que l'on croit « respirer ».

(80) BEZANÇON, *Les bases actuelles...*, p. 142.

de contamination qu'il est constant de découvrir chez l'enfant, surtout chez le bébé, l'agent de contagion », écrit LÉON BERNARD (81).

Et c'est l'opinion de tous les auteurs qui se sont occupés récemment de la question.

Robert DEBRÉ et Th. MARTINY-GAGEY, qui ont étudié l'étiologie de la tuberculose de l'adulte, ont trouvé que si l'on pouvait évoquer le souvenir d'un contage familial massif dans au moins 60 p. 100 des cas, il s'agit 79 fois sur 100 d'un contact de l'enfance. Ils écrivent : « ... la plupart des contaminations se produisent, on l'a vu, dans l'enfance; on peut donc dire que la contamination de l'enfance poursuit le malade même après quarante ans » (82).

Lucien DENOYELLE, qui, dans sa thèse de 1925, avait étudié la question du point de vue statistique, conclut : « Le nombre des contagions vraies... chez l'adulte ne dépasse pas 9 p. 100 des cas..., [elles] s'exercent principalement sur les femmes et sur les transplantés. » (83).

Et LÉON BERNARD écrit : « Rien n'atteste mieux la difficulté de la contagion entre adultes que... [la] rareté de la tuberculose conjugale. » (84). C'est là un fait bien connu qu'ARNOULD a analysé soigneusement en vue d'en tirer tous les enseignements possibles. Le taux, à la vérité très bas, de morbidité chez l'autre conjoint, 10 p. 100 (85), montre que si la réalité d'une certaine contagion tuberculeuse entre époux doit être reconnue, *la prophylaxie doit se préoccuper des influences susceptibles de réveiller la primo-infection, et non, « comme*

(81) *Cours d'hygiène*, t. I, p. 671.

(82) Sur l'étiologie de la tuberculose chronique de l'adulte, *Revue de la tuberculose*, juin 1931, p. 715.

(83) *Etude statistique sur l'étiologie de la tuberculose pulmonaire chez l'adulte*, thèse Paris, 1925, n° 92, p. 410-411.

(84) *Cours d'hygiène*, t. I, p. 630.

(85) Par de savants calculs de probabilité, Auguste LUMIÈRE démontre que ce pourcentage résulte seulement de la diffusion de la tuberculose, et ne peut être invoqué à l'appui de la thèse contagionniste (Cf., entre autres, *Le Monde médical*, n° 865, juin 1935).

il est arrivé trop souvent, des rapports plus ou moins fréquents des adultes avec des tuberculeux : car ces rapports sont pratiquement de peu d'importance » (86).

L'étude de la tuberculose professionnelle des étudiants et des infirmiers (cf. thèses BELLIERE (87) et M. SIMON (88), et article d'ARNOULD (89), que nous ne citons ici que pour mémoire, car nous en reparlerons dans le chapitre consacré au personnel) confirme, en somme, la rareté relative des surinfections efficientes.

CALMETTE admettait aussi que les bacilles de surinfection ne séjournaient pas dans l'organisme, qu'ils étaient éliminés par les voies normales d'excrétion — surtout les selles —, mais il exprimait aussi, nous l'avons vu plus haut, l'opinion que chez le tuberculeux évolutif ils contribueraient à provoquer la formation du caséum et son expulsion, d'où l'apparition et le développement des cavernes « en dépit ou plutôt en raison même de l'immunité acquise. » (90). Conception à la vérité assez curieuse..., et que les succès curatifs des établissements où sont assemblés des phtisiques et où, malgré toute l'hygiène, les contacts sont forcément assez abondants, ne semble guère confirmer.

En résumé, de l'étude de tous ces faits, de ces diverses théories, il ne semble pas excessif de conclure, avec V. de LAVERGNE : « Le mécanisme précis de ce qu'il advient des bacilles de surinfection n'est pas exactement connu. Mais ce qui apparaît, c'est que ces microbes tolérés (RÖMER), rejetés (CALMETTE, GUÉRIN) ou détruits (RIST, KINDBERG et ROLLAND), du fait de l'allergie, ne sont plus pathogènes ou du moins très atténués dans leur pouvoir » (91), étant entendu qu'il convient de faire une réserve sur l'assimilation des phénomènes d'allergie et de prémunition.

(86) La tuberculose conjugale et ses enseignements, *Revue de phtisiologie*, sept. 1931, p. 545.

(87) *Dépistage, contrôle, traitement et prophylaxie de la tuberculose parmi le personnel infirmier et ouvrier de l'Assistance publique à Paris*, thèse Paris, 1932, n° 283.

(88) *Contribution à l'étude de la contagion de la tuberculose pulmonaire chez l'adulte*, thèse Paris, 1933, n° 361.

(89) La tuberculose chez les étudiants en médecine, les médecins et le personnel infirmier, *Revue de phtisiologie*, nov.-déc. 1932, p. 630-664.

(90) *L'infection bacillaire*, 3^e éd., p. 639.

(91) *Allergie et anergie en clinique*, p. 155.

III

Conséquence pratique.

On peut, semble-t-il, au terme de ce rappel général des notions actuelles concernant l'infection tuberculeuse, conclure :

1. — Le danger des contagés doit être considéré comme de peu d'importance pour les sujets porteurs d'une tuberculose biologique qui les a prémunis. Cette tuberculose active est mise en évidence par l'existence des réactions allergiques tuberculiniques. Pour cette catégorie de sujets, l'apparition et l'évolution d'une tuberculose-maladie paraît être liée à des surinfections endogènes dépendant des divers facteurs terrain.

Toutefois, en raison des relations étroites entre les phénomènes d'allergie et de prémunition, il y a lieu de craindre, lors de la substitution de l'état d'anergie à celui d'allergie, la possibilité de surinfections exogènes efficientes.

De même, en l'état actuel des connaissances, il paraît prudent, malgré l'état de prémunition, de craindre l'action néfaste de contacts répétés et massifs.

2. — Pour les sujets non encore infectés, il semble que, s'il s'agit d'enfants, le nombre des bacilles infectants soit surtout à considérer : les contagés discrets, occultes, produisent en général une primo-infection discrète, sans retentissement clinique, si ce n'est parfois sous la forme purement radiologique du « complexe primaire des auteurs allemands. »

Chez le grand enfant ou l'adulte, le facteur nombre est également important à considérer; mais le terrain prend lui aussi un rôle capital : c'est l'interférence de ces deux élé-

ments qui déterminera l'aspect de la primo-infection, avec ou sans retentissement clinique, tandis que l'avenir semble surtout sous la dépendance du terrain.

Du point de vue pratique, pour tenir compte de ces notions à l'égard de la prophylaxie, il importe de connaître le pourcentage des sujets prémunis pour qui la contagion n'est guère à redouter.

De nombreuses statistiques ont montré que, dans nos pays d'Europe hautement tuberculisés, les réactions allergiques tuberculiniques, rares dans la première année de la vie, augmentent de fréquence avec l'âge. D'après des statistiques anciennes, ces réactions pourraient être mises en évidence dans 80 à 95 p. 100 des cas. Citons, à titre d'exemple, ces chiffres de LÉON BERNARD :

0 à 1 an, 10,5 p. 100;

1 à 2 ans, 24,3 p. 100;

3 à 6 ans, 53,6 p. 100;

8 à 9 ans, 72,1 p. 100;

14 à 15 ans, 79,5 p. 100;

Chez l'adulte, 82 p. 100 (Nantoux) et même 97 et 98 p. 100, selon d'autres (92).

Il semble actuellement que ces pourcentages ne soient plus de mise; ils paraissent résulter de généralisations excessives. L'étude des réactions allergiques a été reprise à la suite d'observations d'auteurs norvégiens et américains dans divers établissements d'enseignement supérieur. En France, ce sont particulièrement les médecins militaires qui se sont occupés de la question. D'après diverses communications, il semble qu'à l'incorporation on constate en France, en moyenne, 25 p. 100 de cuti-négative (13 p. 100 dans les villes et 40 p. 100 dans les campagnes) (93).

La question des contagions possibles n'est donc pas à négliger..., surtout dans les asiles recevant des clients ruraux, bien que la prédominance des facteurs de terrain oblige à donner aux mesures de salubrité générale la première place dans l'organisation de la prophylaxie antituberculeuse.

(92) LÉON BERNARD, *La tuberculose pulmonaire*, Paris, 2^e éd., 1925, p. 32 et 35.

(93) Cf. Académie de médecine, séance du 9 juillet 1935, *Sur la primo-infection tuberculeuse de l'adulte*. Statistique de TROISIER, BARIÉTY et NICO. Discussion de BEZANÇON, LEREBoullet, Robert DERRÉ.

En résumé, on peut écrire que ce chapitre aboutit, au point de vue des réalisations pratiques concernant la prophylaxie, à une double notion :

1° Nécessité de mesures tendant, par la réalisation de conditions d'existence salubres, à s'opposer à une déficience « du terrain » des hospitalisés — base primordiale de la prophylaxie.

2° Nécessité de mesures d'isolement et de désinfection tendant à s'opposer à un contagion massif des sujets réceptifs : anergiques et portion importante de la jeunesse rurale — mesure accessoire, bien qu'indispensable.

CHAPITRE II

TUBERCULOSE ET THERAPEUTIQUE

I

Importance de la thérapeutique. Angle sous lequel elle sera envisagée ici.

« Il ne suffit pas de rendre le tuberculeux inoffensif. Il faut aussi tâcher de le guérir. » ⁽¹⁾.

Une remarque d'abord : Il n'y a pas opposition entre les questions de thérapeutique et de prophylaxie. Si nous l'osions même, nous écririons que, pour supprimer le danger des contaminations massives, il faut compter autant sur la guérison, sur le tarissement des sources bacillifères, que sur la désinfection ou l'isolement qui risquent toujours d'être imparfaits, surtout dans ce milieu spécial où l'éducation hygiénique, pilier de la prophylaxie dans le « monde », s'avère souvent inapplicable. D'ailleurs, cette notion n'est pas originale. Etienne BURNET, dans un ouvrage consacré à l'étude des organisations de lutte antituberculeuse en Europe, écrit : « La lutte antituberculeuse s'oriente de plus en plus vers la thérapeutique. » ⁽²⁾. Cela tient surtout à la collapsothérapie, car, « étant le moyen le plus rapide et le plus effi-

(1) AMEUILLE, BLANCHY, CHAUMIER, Le pneumothorax artificiel ambulatoire, *Revue de phthisiologie*, 1928, p. 81.

(2) *Prophylaxie de la tuberculose*, Paris, 1933, p. 81.

cace de fermer les tuberculoses ouvertes, elle a grandi la place de la thérapeutique dans l'hygiène sociale » (3).

Cette remarque faite, nous nous proposons, par ce chapitre qui fait dans notre esprit pendant à notre précédent chapitre de « Généralités sur l'endémie tuberculeuse », de passer en revue les bases actuelles de la thérapeutique antituberculeuse, afin de déterminer celles dont, en raison de leur succès, on doit avoir à cœur de faire bénéficier les aliénés.

La loi de 1838, malgré son ancienneté (et c'est un de ses plus beaux titres de gloire), « trop fréquemment considérée, on ne sait pourquoi, comme n'étant qu'une loi de police et de protection sociale, est encore et surtout une loi d'assistance » (4). C'est un devoir de faire tout le possible pour appliquer aux internés tuberculeux les thérapeutiques qui ont fait leur preuve.

Enumérer les principales, voir comment elles s'enchaînent et se prêtent mutuellement appui, tel sera le but de ce paragraphe. Pas plus qu'on ne doit chercher dans les précédentes pages une étude complète de la tuberculose, on ne trouvera ici un exposé complet des diverses thérapeutiques proposées et qui ont quelque intérêt dans la cure de la tuberculose : nous n'entendons parler que de celles qui, par leur importance, doivent indiscutablement être à la base de la cure, dans un établissement d'aliénés comme ailleurs. Nous ne traiterons pas non plus ici des conditions de leur application; elles feront plus loin l'objet d'assez longs développements dans le cours de ce travail dont elles constituent l'essence même.

Nous considérons avant tout la tuberculose pulmonaire qui domine l'ensemble de la question. Nous parlerons ultérieurement, et en quelques mots, des autres formes de la tuberculose.

(3) *Ibid.*, p. 81.

(4) J. RAYNIER et H. BEAUDOUIN, *L'aliéné et les asiles d'aliénés*, Paris, 1930, 2^e éd., p. 333.

II

Les bases du traitement de la tuberculose.

Comme le disait R. BURNAND au Congrès de Bordeaux, en 1931, « la phtisiologie est peut-être, en ces vingt dernières années, la branche de la médecine qui a le plus prospéré, qui a poussé les jets les plus vigoureux et s'est chargée des plus beaux fruits » (5).

Tous ces progrès semblent d'ailleurs moins en rapport avec de brillantes découvertes qu'avec la juste association des thérapeutiques en usage, l'expérience acquise dans les techniques de cure, et surtout la généralisation de la méthode collapsothérapique de Carlo Forlanini.

A l'asile, comme ailleurs, on doit poser un principe intangible : seule l'application de *trois méthodes combinées*, selon les circonstances individuelles, est indiscutablement profitable aux tuberculeux. Ce sont :

- la **cure hygiéno-diététique**, déjà ancienne, mais renouvelée par une technique plus rigoureuse et une juste appréciation de l'importance de ses facteurs;
- la **collapsothérapie**, par la pratique du pneumothorax artificiel;
- enfin, plus accessoirement, la méthode d'origine danoise de **chrysothérapie**.

En dehors de ces trois points, nous ne craignons pas de le dire, il n'y a, *actuellement*, rien qui vaille que l'on s'y attarde : il convient d'oublier tous les médicaments ou presque, en tout cas de n'en user que pour autant que leur emploi, absolument sans dommage ni inconvénient, se peut concilier avec une thérapeutique rationnelle, ou qu'une compli-

(5) P. 668 du Rapport.

cation de la tuberculose n'en vienne nécessiter l'usage (hémoptysie, troubles digestifs, diarrhée, excès de fièvre, etc.) (6).

1. — La cure hygiéno-diététique.

La cure hygiéno-diététique est la plus ancienne méthode. *Elle comporte, sous une discipline sévère, une aération continue, un repos méticuleusement réglé, une alimentation saine, variée et légèrement plus abondante* que celle qui serait nécessaire au même individu non malade. C'est la base de la cure sanatoriale. Elle est, certes, d'application théoriquement facile, mais, pour être vraiment digne du qualificatif *sanatorial*, elle doit être soumise à une stricte surveillance médicale compétente qui en assure le respect et la régularité : surveillance par un médecin qui sache que c'est la combinaison minutieusement réglée de facteurs, qui, pris isolément, paraissent secondaires, qui fait la valeur de la méthode. C'est pourquoi nous nous permettrons d'insister ultérieurement sur certains points d'ordre pratique, car l'expérience montre que l'omnipraticien — ce qu'est en l'occurrence le médecin d'asile — a beaucoup de difficulté à régler efficacement une cure. Souvent il croit l'avoir prescrite, et, certes, il n'a prescrit qu'un simulacre !

D'ailleurs, la nécessité de concilier ces principes avec le comportement spécial des malades auxquels ils s'adressent en rend l'application plus difficile encore. Mais nous tenons à dire d'ores et déjà que si certains facteurs climatiques, si l'organisation technique par trop défectueuse des locaux, peuvent en conditionner en partie le plus ou moins grand succès, la situation en général suburbaine de la plupart des asiles permet presque toujours l'application efficace de cette méthode.

(6) Il ne faut pas voir dans cette affirmation un dédain pour les tentatives thérapeutiques par les techniques biologiques (tuberculine, anti-gène, etc.), qui donnent parfois des résultats. Elles n'ont sans doute pas dit leur dernier mot. Mais nul ne peut contester qu'*actuellement*, elles doivent demeurer accessoires. C'est cela seul que nous disons.

Sur sa valeur et son importance, tous les phtisiologues sont d'accord. Dans une discussion à l'Académie de médecine (7) à laquelle prirent part SERGENT et BEZANÇON, entre autres) — discussion provoquée en vue de préciser le sens d'une communication antérieure (8) que certains avaient altérée — il a été souligné que la cure de repos et d'air, telle qu'elle se pratiquait au sanatorium avant le développement de la collapsothérapie, dans certains cas donnait à elle seule des résultats satisfaisants, mais il a aussi été souligné l'importance des méthodes nouvelles. Cette phrase de BEZANÇON paraît bien résumer l'état de la question :

« Si je défends le principe de la cure sanatoriale, je ne prétends pas qu'elle soit suffisante, j'ai simplement l'intention de soutenir qu'elle est nécessaire. » (9).

2. — La chrysothérapie.

a) *Place réelle dans la thérapeutique.*

La chrysothérapie est une méthode bien connue..., trop connue peut-être, dirons-nous, car on a parfois tendance à lui demander plus qu'il n'est légitime d'en espérer, et à l'abri de cette thérapeutique trompeuse on risque de différer l'application d'une rigoureuse cure hygiéno-diététique, et surtout d'un pneumothorax artificiel qui eût alors donné des résultats brillants.

LÉON BERNARD écrit : « il ne s'agit pas de substituer la sanocrysine au pneumothorax artificiel, qui reste, je tiens à le déclarer, la thérapeutique de choix. » (10). Et tous les phtisiologues le disent avec lui. Voici, par exemple, les termes qu'emploie Julien MARIE :

« Ce serait à notre avis une faute lourde que d'opposer pneumothorax et chrysothérapie et de mettre en balance ces deux thé-

(7) *Bulletin de l'Académie de médecine*, mai-juin-juill. 1933.

(8) BEZANÇON, *L'orientation de la lutte antituberculeuse*, 13 mai 1930.

(9) *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1933, p. 730.

(10) Chimiothérapie de la tuberculose, *Thérapeutique médicale* (Pr^r M. Lœper), Paris, 1932, t. IV, chap. XII, p. 242.

rapeutiques lorsque les indications du pneumothorax artificiel se trouvent remplies. Dans ces conditions, il ne faut pas hésiter à créer le pneumothorax, car, jusqu'à nouvel avis, c'est lui et lui seul qui nous donne pour l'avenir le plus de certitude de guérison complète. » (11).

Quelqu'un a écrit qu'il ne fallait pas que s'établisse dans l'automatisme du médecin une sorte d'équation : tuberculose = sels d'or, et qui ferait pendant à la formule : syphilis = arsénothérapie.

Etant posé le principe que la chrysothérapie ne doit dispenser, en l'associant à la cure hygiéno-diététique, d'établir un pneumothorax quand il est indiqué, c'est un devoir de l'utiliser dans certains cas.

b) *Indications. Emploi.*

Ce n'est pas ici le lieu d'envisager les indications des sels d'or : elles sont trop complexes. On peut cependant citer l'avis de LÉON BERNARD, qui, avec Charles MAYER, a été un des introducteurs en France de la méthode danoise dont, avec DUMAREST et AMEUILLE, il a établi l'indiscutable efficacité : « Si j'osais condenser ma pensée dans une formule un peu schématique, je dirais que cet agent est le remède souvent efficace de la poussée évolutive des tuberculoses pulmonaires. » (12).

Si l'on devait ajouter quelque chose à cette formule, on pourrait dire, semble-t-il, que les indications en sont basées sur les contre-indications, les échecs et les insuffisances de la collapsothérapie.

On sait d'ailleurs qu'« il persiste actuellement encore une certaine imprécision dans les indications et la posologie du médicament ». Il semble que la dose soit essentiellement

(11) La chrysothérapie de la tuberculose pulmonaire, Paris, 1933, p. 8.

(12) LÉON BERNARD, L'aurothérapie dans la tuberculose pulmonaire, *Paris médical*, 1928, p. 14.

individuelle. Toutefois, la formule générale d'emploi paraît être la suivante :

« On tâte la susceptibilité du malade avec une première injection intraveineuse de 0 g. 025 de crisalbine (sanoocrisine française), et on monte progressivement, tous les cinq à six jours, à 0 g. 05, 0 g. 10, etc., sans jamais dépasser la dose de 0 g. 25 et jusqu'à un total de 3 à 4 grammes. On peut recommencer la série entière après deux ou trois mois de repos. » (13).

Mais on ne doit jamais oublier les contre-indications et accidents de cette méthode « qui n'est pas de tout repos ». Pour ce qui concerne les premières, la formule de Léon Bernard est assez satisfaisante : « Comme contre-indications, je ne connais que l'existence préalable à l'emploi du traitement chrysothérapique de troubles fonctionnels qui s'identifient avec les réactions que pourrait provoquer le médicament. » (14). Il faut savoir aussi qu'il ne convient pas de soumettre à ce traitement les grands malades grabataires, qui sont le plus souvent incapables d'en supporter les effets.

L'application judicieuse de cette méthode qui, bien que d'emploi assez courant dans les sanatoriums, ne doit pas être systématique, nous paraît en général devoir, pour donner tous ses fruits, *nécessiter l'intervention d'un phthisiologue compétent*, et cela non point en raison des dangers du médicament — les psychiatres qui les utilisent dans la démence précoce savent manier les sels d'or — mais il faut être « spécialiste » pour juger des effets locaux et généraux sur le tuberculeux et décider en toute connaissance de cause la conduite à tenir dans les diverses circonstances qui se peuvent présenter.

Que peut-on attendre de la chrysothérapie parfaitement maniée ? Il est difficile de le dire avec précision ; qu'importe d'ailleurs, en effet, puisque nous avons dit que cette méthode,

(13) M. LÉON KINDBERG, *Pratique médico-chirurgicale*, 3^e éd. nouvelle, t. VIII, p. 664-666.

(14) *Thérapeutique médicale* (LOEPER), t. IV, chap. XII, p. 212-213.

efficace contre certaines « poussées évolutives », ne doit jamais être employée seule⁽¹⁵⁾.

3. — La collapsothérapie.

Il nous reste à envisager la collapsothérapie.

a) *Historique.*

Cette méthode essentiellement logique et rationnelle, bien que d'application courante assez récente, est déjà ancienne. BOURRU, qui fut le dernier doyen de l'ancienne Faculté de médecine de Paris, en a fort bien exprimé les principes en 1770 : « Si ce n'étoit que le seul mouvement de la partie... qui s'opposât à la guérison et à la cicatrice de l'ulcère, supposé que le poumon ne fût ulcéré qu'en un de ses lobes, on pourroit remédier à cet obstacle par une opération pareille à celle qu'on fait dans le cas de l'empyème. On feroit une ouverture à la poitrine du côté où est la maladie. On sait que sitôt que l'air est introduit dans une des cavités de la poitrine où sont logés les poumons, le lobe de ce côté s'affaisse sur-le-champ, et n'a plus de jeu. »⁽¹⁶⁾.

Le physiologiste anglais James CARSON, en 1819, y pense également. STOKES note les bons effets de certains pneumothorax spontanés. POTAIN estime que « le pneumothorax est une affection qu'il ne faut pas guérir »⁽¹⁷⁾; dès 1888, il entretient même des pneumothorax spontanés.

Mais c'est Carlo FORLANINI qui, par la création des premiers pneumothorax artificiels (1888-1894), devait faire entrer la méthode dans la thérapeutique. Il fallut surtout la découverte de ROËNTGEN et les progrès de l'asepsie pour en permettre l'étude méthodique, et ultérieurement la diffusion. Sans abuser de rappels historiques, on peut citer, en les associant à celui du génial professeur de Pavie, les noms de John B. MURPHY (1898), de L. BRAUER, de DUMAREST (1904), de KUSS (1910), parmi tant d'autres, grâce aux tra-

(15) Les travaux concernant les sels d'or sont innombrables et souvent contradictoires. Du point de vue pratique, on peut, semble-t-il, signaler la leçon de LÉON BERNARD : *Chimiothérapie de la tuberculose, Thérapeutique médicale* (LOEPER), t. IV, chap. XII, p. 193-213.

(16) Note 35, p. 208-209, de l'ouvrage d'Ebenezer GILCHRIST, *Utilité des voyages sur mer pour la cure de différentes maladies, et notamment de la consommation...* Traduit [de l'anglais]... par M. BOURRU, Paris, 1770, in-12°.

(17) Cité par RIST, *Thérapeutique médicale* (LOEPER), t. IV, chap. XIV : Le pneumothorax thérapeutique, p. 238.

vaux desquels on peut dire aujourd'hui, avec RIST : « Il n'y a pas un sanatorium digne de ce nom où l'invention de FORLANINI ne soit appliquée. » (18).

On s'étonnera peut-être de trouver ici ce rappel historique. Nous ne l'avons fait que pour souligner que la collapsothérapie — au moins sous la forme de pneumothorax artificiel — est ancienne, qu'elle est complètement sortie des tâtonnements de ses débuts, qu'elle est au point et que son application correcte ne doit plus susciter les craintes et les réserves injustifiées dont elle est encore parfois entourée, même dans le milieu médical.

Le pneumothorax ne résume plus à lui seul la collapsothérapie : on connaît l'opération de JACOBÆUS (section endoscopique des brides pleurales), l'oléothorax, la phrénicectomie, et, la nouvelle venue quant à ses applications pratiques — en raison de ses difficultés et de ses dangers — la thoracoplastie, à laquelle on doit, il faut le dire, des résultats étonnants.

Nous n'envisagerons pas ici ces méthodes : elles ne sont que le complément du pneumothorax, et ne paraissent devoir s'appliquer que très exceptionnellement aux aliénés.

Certaines d'ailleurs, si leur application apparaissait indiquée (opération de JACOBÆUS, phrénicectomie), seraient de réalisation possible à l'asile si l'on adopte les méthodes de lutte antituberculeuse que nous esquisserons.

b) *Intérêt de la méthode.*

Nous avons dit plus haut, avec l'unanimité des phtisiologues, que la collapsothérapie devait être associée, toutes les fois que la chose est possible, à une cure d'air et de repos bien réglée, à laquelle elle ne s'oppose pas, loin de là.

Il nous a toujours paru peu pragmatique de discuter d'une sorte de préséance de l'une par rapport à l'autre, puisqu'il les faut associer. Pourtant, il est établi que, même dans des conditions très défavorables en ce qui concerne l'application de la cure d'air, le pneumothorax, lorsqu'il est indiqué, lorsque son emploi est possible, donne des résultats que, par suite de la gravité des cas dont il s'agissait, on doit considérer comme remarquables et fort au-dessus des possibilités

(18) *Thérapeutique médicale*, t. IV, chap. XIV, p. 240.

de la cure hygiéno-diététo-climatique le plus parfaitement réalisée.

A titre d'exemple de la valeur du pneumothorax, et pour convaincre, s'il en était besoin, de la légitimité d'utiliser si possible cette méthode à l'asile, citons ce passage de RIST :

« ... J'ai isolé du total des pneumothorax réalisés... à Laënnec un groupe de 149 malades chez lesquels le traitement avait été institué durant les années 1919 à 1921 et j'ai suivi leur sort jusqu'à la fin de ... 1927... [et], durant le même temps, 60 malades qui, au début de cette période, avaient été considérés par nous comme justiciables du pneumothorax artificiel et avaient refusé...

» De ces 60..., 54 étaient décédés au bout de la huitième année. Il en restait donc 6, tous malades encore... Au bout de la première année, il en était mort 28, soit 46,6 p. 100. A ces 28, il s'en était ajouté 24 au bout de la deuxième année, soit 66 p. 100.

» Au contraire, dans le groupe des... pneumothorax, la mortalité au bout d'un an n'était que de 19,3 p. 100 au lieu de 46,6, et, au bout de huit années, elle était de 45,5 p. 100 au lieu de 90 p. 100. Les malades survivants menaient une vie normale..., ils n'étaient plus contagieux. » (19).

N'est-il pas légitime de conclure avec RIST : « Des chiffres tels que ceux-ci suffisent, je crois, à montrer que le pneumothorax artificiel est le progrès le plus considérable qui ait jamais été accompli en phtisiothérapie. » (20).

c) *Indications. Contre-indications.*

Il serait absolument hors de propos de vouloir aborder ici la question des indications détaillées du pneumothorax, mais, pour fixer sa place dans la thérapeutique, nous nous permettons de rappeler quelques aphorismes et de les commenter en quelques mots.

(19) *Thérapeutique médicale*, t. IV, chap. XIV, p. 250.

(20) *Ibid.*, p. 250. A ceux qui feraient l'objection que les statistiques sont viciées du fait que les « récalcitrants » ont mal suivi les autres thérapeutiques, nous citerons le chiffre de 91 p. 100 de décès fournis par les « symphysés ». Cf. F. DUMAREST et P. BRETTE, *La pratique du pneumothorax thérapeutique et de la collapsothérapie chirurgicale*, Paris, 1929, 3^e éd., p. 235.

« Le pneumothorax est indiqué toutes les fois que la vie est menacée par l'extension d'une lésion locale. » (21). Cette maxime fut longtemps appliquée « *stricto sensu* »; mais si l'on considère que la tuberculose évolutive, même diagnostiquée au début (?) de son évolution et traitée, conduit souvent à la mort, on conçoit que les phthisiologues aient tendance à généraliser l'emploi du pneumothorax d'autant (on le sait) qu'ultérieurement l'état local — symphyse, bride, etc. — peut en empêcher l'établissement alors que son indication ne fait plus aucun doute. « Il convient donc de traiter cette maladie grave [la tuberculose pulmonaire], dès son début, par le seul moyen radical : le pneumothorax. » (22).

Pour « de petites lésions ne donnant que peu de symptômes et peu de signes et évoluant de façon très torpide » (23), on peut admettre que le pneumothorax n'est pas indispensable — quoiqu'il soit toujours dangereux de renoncer à une thérapeutique active —; le pneumothorax « s'applique surtout à des lésions beaucoup plus graves, occupant la moitié ou la totalité d'un lobe, et, en particulier, aux lésions excavées. *Ce sont ces dernières qui, avant l'ère inaugurée par Forlanini, étaient presque toujours incurables et qui rapportent aujourd'hui au pneumothorax ses plus brillants triomphes.* » (24).

Dans sa leçon à la Faculté de médecine sur le pneumothorax thérapeutique, leçon à laquelle nous faisons de larges emprunts, car elle s'adresse au public médical en général et non à des phthisiologues, — ce qui est bien notre point de vue —, RIST s'explique en quelques mots sur les *contre-indications* qui, hélas ! viennent restreindre les applications de cette arme magnifique :

« Quels obstacles peuvent s'opposer à la réalisation d'un pneumothorax artificiel ? On en connaissait jadis de deux sortes principales. Et tout d'abord c'était l'existence de lésions bilatérales.

(21) FORLANINI, cité par DUMAREST et BRETTE, *loc. cit.*, p. 279.

(22) DUMAREST et BRETTE, *loc. cit.*, p. 282.

(23) RIST, *Thérapeutique médicale*, t. IV, chap. XIV, p. 247.

(24) RIST, *ibid.*, p. 248.

Dans les premiers temps de l'application de cette méthode, on exigeait la stricte unilatéralité des lésions que l'on voulait collaber. Depuis, ... on est devenu beaucoup moins rigoureux. C'est une affaire de tact, de bon sens, que de décider dans quels cas de lésions bilatérales on doit néanmoins tenter le pneumothorax unilatéral ou envisager la création d'un pneumothorax bilatéral d'emblée, ou encore s'abstenir entièrement. » (25).

« Tact, bon sens », ... compétence, voilà ce qui doit guider pour juger de l'opportunité du pneumothorax. Mais permettons-nous tout de même d'insister d'un mot sur cette question de l'unilatéralité des lésions afin de commenter la citation qui précède. Des esprits chagrins diront : la bilatéralité est de règle, et cela doit réduire dans d'énormes proportions les indications, ... à moins que l'on ne soit habitué à la pratique des pneumothorax bilatéraux, de conduite délicate. A ceux-là, nous répondrons, avec DUMAREST et BRETTE : c'est « la question du caractère évolutif qui domine tout. En effet, la constatation, du côté opposé, de lésions scléreuses anciennes éteintes doit être considérée comme tout à fait dénuée d'importance. » (26).

Dans certains cas, la « prédilection évolutive » d'un côté fixe l'indication : « Supprimer, écrivait Forlanini, sans vouloir tout prévoir, la lésion qui menace la vie. » (27).

Qui sait si, d'ici peu de temps, la pratique de plus en plus fréquente des pneumothorax bilatéraux — simultanés ou alternés, ne viendra pas encore élargir les succès de la méthode ?

Si nous avons cru devoir nous appesantir sur le caractère relatif de la contre-indication qui résulte de la non stricte unilatéralité des lésions, c'est pour rappeler que la méthode n'est pas d'application exceptionnelle, mais qu'elle s'adresse à un nombre relativement important de malades. Ce qui en limite l'emploi, c'est, on le devine, « l'autre obstacle..., la

(25) RIST, *loc. cit.*, p. 248.

(26) *La pratique du pneumothorax...*, p. 287.

(27) *Ibid.*, p. 285.

symphyse pleurale. Lorsque cette symphyse est étendue à la plèvre tout entière, il est impossible de trouver un espace dans lequel on puisse introduire du gaz. Il faut renoncer au pneumothorax. » (28). 23 p. 100, selon RIST, des malades qui seraient justiciables de cette méthode, s'en voient privés pour cette raison. Mais ajoutons qu'« il n'existe qu'une preuve péremptoire de la symphyse : c'est l'échec de cette tentative » (29).

d) *Conditions générales de réalisation.*

Tout ce que nous venons de rappeler sur l'intérêt, l'importance de cette méthode, qui, pour reprendre une formule de FORLANINI, « fait d'un poumon phtisique un poumon tuberculeux », nous paraît justifier notre conception : le pneumothorax doit faire partie de l'arsenal thérapeutique à mettre en œuvre chez les aliénés qui en sont justiciables. L'application de ce principe est difficile, nous le savons autant que quiconque, mais nous pensons que, dans bien des cas, on peut triompher des difficultés.

Notons d'abord la condition primordiale de sa réalisation : pouvoir soumettre le malade à l'examen radiologique qui « seul permet de voir de façon certaine ce que l'on fait; lui seul donne à la méthode la rigueur et la précision qui sont nécessaires. Personne ne peut s'en passer, et il serait dangereux... d'appliquer la méthode sans pouvoir recourir fréquemment à son contrôle » (30). Mais la plus grosse difficulté est liée à ce que, comme le dit BEZANÇON, dans la Préface du livre si captivant qu'est *La pratique du pneumothorax thérapeutique* de DUMAREST et BRETTE, le pneumothorax « exige une technique impeccable, ... nécessite une habileté manuelle, une longue pratique et aussi une éducation phtisiologique toute spéciale » (31).

(28) RIST, *loc. cit.*, p. 248.

(29) *Ibid.*, p. 249.

(30) DUMAREST et BRETTE, *loc. cit.*, p. 91-92.

(31) *Préface*, p. x.

Encore convient-il de s'entendre à ce sujet : « Constituer un pneumothorax, pratiquer des insufflations, n'est rien; les difficultés commencent quand les premières centaines de centimètres cubes d'azote ont pénétré dans la plèvre; elles ne consistent pas dans l'acte opératoire, mais dans la conduite de la cure; elles ne sont pas d'ordre chirurgical, mais d'ordre médical. C'est de la direction du traitement que dépendra le succès... » (32).

Cela a son intérêt pour l'aspect « asilaire » de la question, car s'il est ainsi établi la *nécessité de la collaboration d'un phthisiologue*, il est possible de la concevoir dans des limites assez modérées, partant réalisables. Nous en envisageons plus loin les conditions de réalisation pratique à l'asile au chapitre de l'organisation de la thérapeutique.

III

Diagnostic de la tuberculose.

Peut-être y aurait-il lieu, en vue de satisfaire à une logique rigoureuse, de consacrer quelques pages à la question des principes généraux et des méthodes les plus aptes à diagnostiquer dès que possible la tuberculose-maladie ? Il s'agit là d'une question parfaitement connue des médecins, sur laquelle il n'y a nulle raison de revenir, et dont les conditions d'application — particulières aux aliénés internés — seront reprises ultérieurement. Nous nous bornons ici à rappeler la formule de RIST : le diagnostic de la tuberculose pulmonaire s'établit par la concordance de trois ordres de symptômes : symptômes locaux, symptômes généraux, symptômes bactériologiques.

Nous soulignons également que, dans la pratique courante, l'omnipraticien, avant d'affirmer le diagnostic, sou-

(32) DUMAREST et BRETTE, *loc. cit.*, p. 77.

met d'ordinaire son client (et s'il ne le fait pas, le malade lui-même répare cette lacune), à l'examen, soit d'un consultant compétent, soit d'un organisme public. Nous pensons qu'en principe l'aliéniste peut avoir avantage à s'entourer des mêmes certitudes.

IV

Conclusion générale.

S'il nous fallait résumer en quelques mots les idées principales que nous croyons devoir tirer de cette revue générale de la tuberculose — endémie, thérapeutique, diagnostique — nous redirions :

1° *C'est avant tout la salubrité générale d'un établissement d'aliénés et des conditions d'existence des internés qui permet de limiter les ravages de la tuberculose.*

L'isolement des bacillaires est néanmoins nécessaire en raison des cas de contagion, qui, bien que rares, doivent pourtant se produire parfois.

2° *La thérapeutique*, par suite des conditions spéciales d'existence qui sont nécessaires à la conduite de la cure hygiéno-diététique, exige : d'une part, la connaissance par le médecin traitant des conditions de sa réalisation; d'autre part, l'existence de locaux convenablement agencés où puissent être groupés tous les tuberculeux de l'établissement.

3° La mise en œuvre des méthodes thérapeutiques modernes vraiment efficaces — chrysothérapie et surtout collapsothérapie — impose l'intervention d'un médecin parfaitement au courant de la phtisiologie.

4° La précocité et la certitude du diagnostic paraissent, dans bien des cas, devoir être favorisées par une collaboration de cette nature.

CHAPITRE III

ORGANISATION GENERALE

DE LA LUTTE ANTITUBERCULEUSE EN FRANCE

I

Utilité de la connaissance de cette organisation.

Pour ce qui concerne la population générale, les Pouvoirs publics ont confié à divers organismes la charge d'appliquer les principes, bases de la lutte antituberculeuse.

Pour être complète et efficace, la lutte antituberculeuse à l'asile, qui s'inspire des mêmes principes, doit appliquer les mêmes méthodes, doit posséder en puissance — à l'état embryonnaire si l'on préfère — les mêmes organismes. De plus, l'asile a intérêt à connaître les organismes officiels de lutte qui existent dans son voisinage et son secteur administratif, car c'est auprès d'eux qu'il pourra trouver — non un appui financier, sans doute — mais, outre des conseils efficaces, aide et collaboration techniques.

Il est souvent signalé — le rapport d'Inspection générale de 1923 y insiste — que, pour ce qui a trait à l'hygiène de l'établissement d'aliénés et de ses annexes, il convient de consulter, chaque fois qu'il est nécessaire, les services départementaux compétents (inspecteur départemental d'hygiène, conseil d'hygiène, laboratoires). Nous estimons qu'il doit en être de même en matière de lutte antituberculeuse.

II

Description.

Dans ce double dessein, nous croyons devoir schématiser les divers organismes de lutte antituberculeuse et évoquer leur rôle respectif.

1. — **Eléments non particuliers à la tuberculose.**

La lutte antituberculeuse comporte des mesures qui visent les conditions générales d'existence. Ces mesures sont communes à toutes les maladies et ne peuvent que contribuer à améliorer l'état sanitaire général de la population. Bien qu'à notre sens elles soient parmi les plus importantes de celles qu'il convient de mettre en œuvre en vue de réaliser une efficace prophylaxie de la tuberculose, il n'y a pas lieu d'envisager ici ni les lois et règlements qui régissent la matière, ni les organismes chargés de sa diffusion et de son application, puisqu'il s'agit de l'hygiène collective générale. Citons à titre d'exemple la loi du 15 février 1902 « relative à la protection de la santé publique », véritable Charte de l'hygiène en France, qui, outre l'organisation administrative, les mesures contre les maladies contagieuses, vise également la protection des eaux (art. 10), les mesures sanitaires relatives aux immeubles (chap. II), et la loi sur les habitations à bon marché (5 déc. 1922), le régime des égouts et des nuisances.

2. — **Organisation spéciale. Historique. Bases légales.**

Mais il est désormais bien établi que, « malheureusement, de par les caractères très spéciaux qui président à la propagation et au développement de la tuberculose, cette lutte ne peut être menée à bien par les seuls médecins. Il leur faut, en effet, le concours de la collectivité, il leur faut aussi l'appui de multiples organismes, complexes et coûteux... » (1). Aussi les pouvoirs publics ont été conduits à mettre en œuvre des moyens spéciaux pour enrayer l'extension de ce redoutable fléau.

(1) G. BROUARDEL et J. ARNAUD, *L'organisation antituberculeuse française*, Paris, 1934, p. 7, Introduction.

Ce sont ces moyens spéciaux que nous aurons seuls en vue, puisant notre documentation surtout dans l'ouvrage de BROUARDEL et ARNAUD : *L'organisation antituberculeuse française*. Un historique, même bref, de cette question surchargerait notre texte et n'a pas place ici. Disons seulement que l'organisation visée a pris naissance en pleine guerre devant l'obligation de s'occuper des combattants réformés pour tuberculose, qu'elle s'est inspirée d'œuvres privées antérieures (2), qu'elle s'est progressivement complétée et organisée empiriquement sous l'emprise des nécessités, et que deux noms, ceux de Léon Bourgeois et de Jules Brissac, doivent dominer sa naissance et son développement.

Ce qui en complique l'étude, c'est précisément la floraison successive d'organismes, sans plan rigoureux d'ensemble, l'enchevêtrement constant d'établissements officiels, semi-officiels... ou privés. A cette époque, il convenait de ne décourager aucune initiative, tant la besogne était urgente et lourde. Depuis, des tentatives de systématisation et d'unification se poursuivent avec succès.

Les bases légales de notre organisation antituberculeuse sont, on le sait, *la loi du 23 avril 1916, instituant des dispensaires d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse, dite loi Léon Bourgeois, et la loi Honnorat du 7 septembre 1919, instituant des sanatoriums spécialement destinés au traitement de la tuberculose et fixant les conditions d'entretien des malades dans ces établissements.*

C'est grâce à ces lois, par application des dispositions financières qu'elles prévoient — variées selon les cas — qu'ont pu se créer les organismes spéciaux de lutte antituberculeuse.

a) *Organisation administrative.*

Elle a pour base, comme l'assistance aux aliénés, le département. Voici schématiquement cette organisation :

L'Etat exerce son rôle de contrôle par le 4^e Bureau de la Direction générale d'Hygiène et d'Assistance au ministère de la Santé

(2) Notamment les établissements de l'Assistance publique à Ormesson (Dr KUSS), ceux de Bligny (Dr GUINARD, 1903) pour les sanatoriums; les essais de CALMETTE à Lille (1901), de COURMONT à Lyon (1906) pour les dispensaires.

publique (qui a, dans ses attributions, l'application des lois sus-visées), assisté des organismes techniques consultatifs, dont la Commission permanente de la tuberculose (héritière de la Commission extra-parlementaire créée en 1899 par Waldeck-Rousseau) et l'Office national d'Hygiène. Il va sans dire que les établissements publics qui dépendent de cette organisation sont soumis à la surveillance de l'Inspection générale des Services administratifs.

Mais à côté de l'administration officielle existe le Comité national de Défense contre la Tuberculose, organisme privé auquel il appartient, outre d'entretenir la propagande en faveur de la lutte antituberculeuse, de recueillir des fonds, de conseiller techniquement et de surveiller les établissements privés départementaux qui lui sont affiliés et dont il tient statistique de leur activité. Il est en rapport constant avec les pouvoirs publics. Ses dirigeants techniques sont agréés par le ministre, dont ils sont, en fait, les conseillers.

« La personnalité morale qui groupe sous son autorité les œuvres antituberculeuses du département est actuellement constituée selon trois types :

» — Le Comité départemental d'Hygiène sociale et de Lutte antituberculeuse, qui est une association privée;

» — L'Office public d'Hygiène sociale et de Lutte antituberculeuse (O. P. H. S.), qui dépend directement d'une administration publique;

» — Le Dispensaire public enfin, qui est un organisme autonome. » (3).

Le *Comité départemental*, nommé parfois Association, existe actuellement dans près des deux tiers des départements; c'est un organisme privé indépendant de l'Administration préfectorale et conservant ainsi sa pleine liberté d'action; celle-ci a son inconvénient, car elle entraîne une précarité budgétaire, les subventions officielles étant facultatives, et les ressources propres des associations, souvent insuffisantes.

Aussi la deuxième formule, dite *O. P. H. S.*, service public créé après avis du Conseil général, placé sous l'autorité du préfet, constitué suivant l'article 10 de la loi Léon Bourgeois, se généralise rapidement. L'inconvénient de cette formule est de priver

(3) BROUARDEL et ARNAUD, *op. cit.*, p. 141.

la lutte antituberculeuse de quelques ressources : l'O. P. ne peut recevoir ni dons ni legs, sauf destination spéciale; ne peut distribuer des secours sans approbation administrative. L'avantage est de doter la lutte antituberculeuse d'une grande stabilité grâce à son budget propre voté par le Conseil général, de coordonner, sous l'autorité du préfet, toutes les organisations d'hygiène (Cf. à ce sujet, la circulaire du 21 février 1921 : Hygiène). Certains départements suppriment ces inconvénients en maintenant à côté de l'O. P. une association qui reçoit les dons et les utilise au mieux.

Quant au *Dispensaire public*, « bien que le législateur ait paru, par ses dispositions, donner la préférence à ce type d'organisation départementale », il n'en existe que 5 : « leur fonctionnement est en effet rendu délicat, tant par suite de la difficulté de leur organisation et contrôle que par le mode de constitution du conseil de direction » (4).

b) *Services actifs.*

Mais si les organes de direction et de financement varient, les services extérieurs actifs — qu'on nous pardonne cette expression — sont toujours identiques, leurs fonctions médicales et sociales sont les mêmes. On trouvera dans le livre déjà cité de Brouardel et Arnaud, si utile pour ceux qui veulent connaître ces questions, une analyse puissamment évocatrice de ce sujet.

Quels sont ces services actifs ? Ce sont :

— Les Dispensaires (publics, privés, organisés par des services publics d'assistance et d'hygiène), les uns et les autres créés en vertu des divers titres de la loi Bourgeois, d'une part;

— Les Services hospitaliers, d'autre part : sanatoriums publics, ou assimilés, et sanatoriums privés, visés par la loi Honnorat (art. 4 et 7), services hospitaliers affectés au traitement des tuberculeux et régis par la législation ordinaire des hôpitaux-hospices (5). Certains services construits

(4) BROUARDEL et ARNAUD, *op. cit.*, p. 143.

(5) On sait que cette législation a pour base la loi du 7 août 1851, modifiée par celle du 9 février 1927; la loi du 21 mai 1873, modifiée par celle du 5 août 1879; les unes et les autres, modifiées par le décret de décentralisa-

spécialement pour les tuberculeux en dehors de l'hôpital proprement dit sont appelés hôpitaux-sanatoriums.

On doit rattacher à ces organismes les œuvres et établissements qui visent à la préservation de l'enfance : Préventoriums (sans assiette légale particulière), œuvres Grancher et de « Placement familial des tout-petits ».

Il convient d'envisager le rôle de chacun de ces organismes afin de s'assurer qu'à l'Asile leur fonction, qui a son utilité, se trouvera également remplie, bien que d'une façon différente.

1° LE DISPENSAIRE. — Il constitue un centre de dépistage et de triage. Ses consultants, qu'ils lui viennent spontanément ou lui soient envoyés par un médecin, doivent être classés — après examens répétés, s'il est nécessaire — en indemnes, en suspects à surveiller ou à faire hospitaliser en vue d'un diagnostic plus précis, en tuberculeux justiciables de simples conseils, d'hospitalisation, d'une cure sanatoriale.

Mais, outre centre de diagnostic, le dispensaire est :

— un organe de *prophylaxie* (examen de l'entourage du malade, conseils d'hygiène prophylactique à domicile, et surveillance de leur application par l'infirmière-visiteuse);

— un centre de *surveillance* : suspects et malades retour de cure sanatoriale, notamment;

— un centre d'*assistance*, pécuniaire et morale;

— un centre de *thérapeutique* enfin : ce rôle, à la vérité non prévu par la loi, si ce n'est peut-être pour les malades privés de ressources (art. 1, 2^e al.), n'a pas été sans soulever des difficultés d'ordre pratique et déontologique. Nous y reviendrons plus loin. Notons dès maintenant que le dispensaire, s'il ne crée que rarement le pneumothorax (pneumothorax ambulatoire), est fréquemment un centre de réinsufflation.

De l'*organisation technique du dispensaire*, nous devons retenir qu'il doit comporter nécessairement une *installation radiologique*. Toutefois, il faut reconnaître que, « créés à la hâte à une époque où l'importance de la radiologie était méconnue, nombre

tion et de déconcentration administrative du 5 novembre 1926. A ces textes, il convient d'adjoindre certaines dispositions de la loi du 15 juillet 1893 concernant l'assistance médicale gratuite.

d'entre eux travaillent encore dans des conditions qui apparaissent aujourd'hui comme véritablement rudimentaires » (6).

La question du *médecin du dispensaire* doit nous arrêter plus longuement. Donnons, une fois encore, la parole à BROUARDEL et ARNAUD :

« 1° Les *médecins praticiens*, qui dirigent pourtant encore la plupart de nos dispensaires, ne sont généralement pas qualifiés pour assumer ces fonctions.

» N'ayant pas toujours bénéficié de l'éducation technique nécessaire, ils ne possèdent pas tous la compétence voulue. La phthisiologie est aujourd'hui une véritable spécialité dont la connaissance ne s'acquiert pas en quelques mois, mais exige une pratique quotidienne et effective de dix-huit mois au minimum tant dans des services spécialisés que dans les sanatoriums. Le praticien ne peut plus s'improviser phthisiologue...

» 2° Les *médecins inspecteurs d'hygiène* ne sont pas non plus qualifiés pour diriger les dispensaires. Ils reçoivent en effet une formation d'hygiénistes qui n'a rien de commun avec l'éducation de phthisiologue.

» Le ministre de l'Hygiène, cependant, ... a paru vouloir faciliter ce cumul des deux fonctions, pourtant si dissemblables, tant pour des raisons d'économie budgétaire que pour coordonner l'action des organisations d'hygiène départementales. » (Circulaire... de mai 1932.) (7).

Les avantages financiers seraient, aux dires de POIX et MARTIN, médiocres, car, comme cela existe dans bien des départements, un spécialiste « tient » plusieurs dispensaires et récupère ainsi largement son traitement.

« Plus légitime assurément est le dessein d'unifier la direction des services d'hygiène départementaux. Mais il est parfaitement possible d'assurer cette coordination sans porter préjudice au bon rendement technique du dispensaire, en confiant par exemple aux médecins des dispensaires l'organisation matérielle de la lutte antituberculeuse et en laissant au bureau d'hygiène départemental le soin d'en assurer le fonctionnement. » (8).

3° Aussi, des *médecins spécialisés* ont été créés par le Comité national; ils sont choisis par les Comités départementaux.

(6) BROUARDEL et ARNAUD, *op. cit.*, p. 157-158.

(7) BROUARDEL et ARNAUD, *loc. cit.*, p. 163.

(8) Id., *ibid.*, p. 164.

« Pour unifier cependant, dans la mesure du possible, les devoirs et les avantages des médecins spécialisés, le Comité national a fixé en 1927 un statut type que la plupart des Comités départementaux ont adopté et, en 1930, un contrat type, d'accord avec la Confédération des Syndicats médicaux. » (9).

Il y a intérêt à connaître ce statut, car *c'est de lui que dépendent la possibilité et la nature de la collaboration* que l'asile pourrait obtenir de ce médecin... contractuel, puisqu'il n'est pas fonctionnaire.

Quoi qu'il en soit, disons en conclusion que si les dispensaires sont inégalement répartis — ils sont rares à la campagne, mais on s'efforce de remédier à ces inégalités — s'il convient d'en supprimer quelques-uns, de mieux doter certains en matériel et en personnel médical spécialisé, *tout asile d'aliénés est dans la possibilité de trouver à une distance raisonnable* un dispensaire dont il pourrait tirer collaboration, soit en conduisant à lui ses malades, soit en en prenant le médecin comme consultant.

2° LES SERVICES HOSPITALIERS : HÔPITAL-SANATORIUM, SANATORIUM, SANATORIUM SUBURBAIN. — En liaison avec les dispensaires, existent les *organismes d'hospitalisation* qui devraient être plus nombreux puisque, « d'après les statistiques fournies par les dispensaires, 80 p. 100 environ des tuberculeux dépistés seraient... justiciables de l'hospitalisation d'urgence. » (10). Ils comprennent, nous l'avons vu, les services hospitaliers, les sanatoriums et les hôpitaux-sanatoriums.

Voyons rapidement le rôle réciproque de chacun d'eux, car l'assistance des aliénés tuberculeux doit répondre aux nécessités qui ont justifié un temps la création de ces divers organismes, de même qu'elle doit suivre l'évolution qui s'est produite dans la conception de ces divers établissements.

Considérons d'abord les *services spécialisés* à l'intérieur de l'hôpital même et les hôpitaux spécialisés, dépendant des commissions administratives des hospices ou hôpitaux — ou à Paris de l'Administration générale de l'Assistance publique. Ils sont par-

(9) Id., *ibid.*, p. 165.

(10) BROUARDEL et ARNAUD, *loc. cit.*, p. 171-172.

fois suburbains. Ces *hôpitaux-sanatoriums* ne bénéficient pas des dispositions de la loi Honnorat : participation de l'Etat aux frais d'établissement (art. 2), prise en charge par l'Etat de la différence entre le prix de journée de ces établissements et de l'hôpital dit de rattachement. Il en résulte qu'ils ne sont pas soumis aux prescriptions de l'article 4 (« ... conditions techniques et hygiéniques d'établissement et de fonctionnement que devront remplir les sanatoriums publics; ... conditions dans lesquelles s'exercera sur ces établissements la surveillance de l'autorité publique; ... conditions de recrutement et de nomination, par voie de concours sur titres, des médecins-chefs auxquels appartiennent l'autorité sur tout le personnel et la responsabilité générale de la conduite de l'établissement ») précisées dans le décret du 10 août 1920, modifié par ceux des 11 octobre 1924, 14 décembre 1927, 11 février 1931 et 30 mai 1932, dont certaines dispositions d'ailleurs — en particulier l'article 16 — sont difficilement compatibles avec la législation des hôpitaux et hospices.

C'est donc aux seuls *sanatoriums proprement dits* que sont réservés les avantages de la loi, cependant qu'en échange ils sont assujettis aux règles visées ci-dessus et notamment aux conditions techniques sur lesquelles nous aurons l'occasion de revenir ultérieurement, car elles doivent toujours servir de guide pour l'établissement d'un service d'hospitalisation destiné à des tuberculeux.

Pourquoi cette différence de situation légale ? Elle se justifiait en considérant les diverses catégories de malades auxquels étaient destinées ces deux classes d'établissements. « On distinguait naguère les sanatoriums de cure destinés aux malades porteurs de lésions initiales et peu évolutives, et les hôpitaux-sanatoriums, qui recevaient surtout les sujets présentant des lésions avancées et auxquels on donnait l'illusion de la cure sanatoriale. » (11). La situation des hôpitaux, en général, mauvaise pour une cure d'aération, avait entraîné cet établissement spécial, dit hôpital-sanatorium, en général mieux placé.

C'est à cet égard que s'est produite l'évolution que nous signalions. « Cette discrimination doit disparaître, et *tous les établissements de tuberculeux doivent être désormais des*

(11) *L'armement antituberculeux français*, 1934 (Comité national de défense contre la tuberculose), Introduction de LÉON BERNARD et POIX, p. 10.

centres de traitement, équipés de manière à mettre en œuvre les méthodes thérapeutiques actuelles.

« ... Les pouvoirs publics ont adopté cette nouvelle conception et consacré sa réalisation sous l'égide des règlements administratifs comme en témoigne le ... décret du 30 mai 1932 sur l'organisation des sanatoriums. » (12).

Cette « consécration » permet d'instituer désormais des établissements dont, écrit LÉON BERNARD, « *la dénomination de sanatorium suburbain* nous apparaît être celle qui ... convient le mieux » (13). Ceux-ci, qui bénéficient des avantages de la loi du 7 septembre 1919, situés à proximité immédiate de la ville, mettront à la disposition des dispensaires, comme le disent BROUARDEL et ARNAUD :

— un centre d'hospitalisation d'urgence nécessitée soit par des raisons sociales (indigence, contamination possible d'enfants au foyer), soit par des raisons médicales (état grave, création d'un pneumothorax);

— un centre de triage pour compléter l'observation du dispensaire :

« Le médecin de dispensaire ne pouvant toujours se prononcer sur la nature du traitement à effectuer, le caractère évolutif ou cicatriciel de certaines lésions, une mise en observation préalable est nécessaire, qui peut être de très longue durée. » (14).

— un centre d'hospitalisation des incurables, où « le voisinage de malades curables, en observation et instance de départ, leur donnera... espoir; la proximité de leur foyer leur assurera le réconfort moral qui leur est si nécessaire » (15).

(12) *Ibid.*, p. 40.

(13) *L'armement antituberculeux français*, 1934, Introduction, p. 40.

(14) *L'organ. antitub. fr.*, p. 91.

(15) *Ibid.*, p. 92.

III

Conclusion pratique pour la lutte asilaire.

Cet organisme est encore rare à l'heure actuelle; mais nous y insistons, car nous estimons que c'est sur ce modèle, parfaitement en accord avec les récents progrès de la thérapeutique antituberculeuse, que doit être organisée, à l'asile, l'hospitalisation des aliénés tuberculeux.

Il faut, en résumé, pour ce qui concerne cette hospitalisation :

1° Ne pas vouloir faire une discrimination trop absolue entre les malades selon l'évolution probable de leur affection;

2° Donner à tous, dans des conditions matérielles, techniques, hygiéniques et climatiques, non idéales sans doute, mais suffisantes, le traitement approprié à leur état.

Le fonctionnement satisfaisant de cette formule d'hospitalisation suppose, cela est d'évidence même, qu'auront été remplies au préalable les tâches de diagnostic et de classification dévolues aux dispensaires.

DEUXIÈME PARTIE

IMPORTANCE DE LA TUBERCULOSE DANS LES ASILES

CHAPITRE PREMIER

ROLE ETIOLOGIQUE DE LA TUBERCULOSE EN PATHOLOGIE MENTALE

I

Angle particulier sous lequel nous envisageons la question.

Il convient de déterminer :

- a) le pourcentage de tuberculeux à l'asile d'aliénés;
- b) à quelle catégorie de maladies mentales ils ressortissent.

Mais il faut aussi envisager, pour juger sainement de la situation actuelle d'une part, des résultats à attendre de la prophylaxie antituberculeuse méthodiquement organisée d'autre part, si la tuberculose n'est pas elle-même à la base d'un certain nombre de cas d'aliénation mentale.

Nous sommes ainsi, bien qu'indirectement, conduit à aborder les rapports de la tuberculose et des troubles mentaux. Nous ne devrions le faire que brièvement, puisque là n'est pas notre sujet proprement dit et que seule cette nécessité de

« juger sainement » nous y amène : mais cependant, en raison de l'intérêt de la question, en raison des nombreux renseignements que nous ont indirectement fournis les travaux en cause, nous nous croyons autorisé à quelques développements. Par ailleurs, n'y a-t-il pas lieu d'espérer, au moins théoriquement, que, du point de vue de la thérapeutique, non de la tuberculose seulement, mais du trouble mental, la connaissance de ces rapports pourrait être intéressante ?

II

Historique d'ensemble.

Dès le début des progrès de la psychiatrie moderne, des auteurs ont étudié les rapports des troubles mentaux et de la tuberculose. Les mémoires, monographies, thèses, sont nombreux, particulièrement vers 1898-1900, puis 1906-1911, enfin 1930-1933. Nombreuses sont les directions dans lesquelles le problème a été exploré. Un peu décevants en sont les résultats; des auteurs font entrevoir sous un jour nouveau la question...; ils posent quelques jalons qui paraissent l'amorce d'une route sûre vers une vérité..., et bientôt d'autres chercheurs montrent qu'il n'y avait là que prémisses incertaines. Pourtant, de tous ces travaux, il restera quelques faits indiscutables, mais sur lesquels il est encore prématuré de vouloir baser une certitude.

Par suite de cette expectative où demeurent la plupart des psychiatres, et en vue de ne retenir que des faits établis et susceptibles de répondre au but que nous nous sommes proposé plus haut, nous pensons qu'il est nécessaire de faire ici une *sorte d'historique* de la question.

Historique incomplet, certes, notamment pour les travaux étrangers : nous nous en excusons, mais sans honte, car le but que nous devons atteindre ne nécessite nullement que nous soyons complet.

Historique où nous prendrons quelques libertés avec la chronologie; mais que nous essaierons de rendre tolérable et moins fastidieux, si possible, en le schématisant sous une philosophie par certains côtés audacieuse, mais qui nous paraît tout de même justifiée.

Nous renvoyons d'ailleurs pour un historique plus fidèle aux débuts des thèses de LA BONNARDIÈRE (1898) et de ROLET (1907) pour les travaux anciens, puis au rappel historique de ROUYER (thèse, 1930), repris et complété par Auguste MARIE à la Société de médecine de Paris (1930); enfin, pour les travaux contemporains, aux thèses de BLUMENFELD (1933), d'ALBANE et de MAILLEFER (1934) — ces deux dernières, moins complètes sur certains points, mais bien au courant pour les recherches biologiques et expérimentales modernes.

Ce qui rend ces exposés historiques, bien qu'intéressants, un peu fastidieux, ce sont, nous a-t-il semblé, les innombrables manières qu'il y a d'envisager et de résoudre la question, et dont chacune paraît, à un auteur donné, administrer la preuve de sa conception..., ce qui ne l'empêche pas d'user des autres.

Avec beaucoup d'audace, nous dirons qu'il y a, dans l'étude de cette question :

- une période purement clinique;
- une période clinique et anatomo-pathologique;
- une période clinique, anatomo-pathologique, mais aussi biologique;
- enfin une période de recherches expérimentales encore à ses débuts.

1. — Période clinique.

La *première période* est celle des débuts de la psychiatrie moderne. On constate la fréquence de la tuberculose chez les aliénés; mais la nosographie psychiatrique encore à ses débuts — ce qui ne veut nullement dire que la nôtre soit définitive,

bien loin de là — ne permet pas de dégager une idée générale qui garde encore toute sa valeur.

Pendant, l'examen des observations rapportées montre que les faits constatés cadrent parfaitement avec les notions actuelles. D'ailleurs, d'une manière générale, les auteurs s'en tiennent à cette notion de coexistence fréquente. Ils insistent aussi sur la difficulté du diagnostic de la tuberculose chez les aliénés.

Ils entrevoient pourtant, semble-t-il, l'influence possible de l'apparition d'une tuberculose sur l'aliénation. Telle paraît du moins être, à notre sens, l'opinion d'ESQUIROL et de son élève GEORGET. Voici quelques citations du traité d'ESQUIROL (1838) :

« J'ai vu un grand nombre de fois la phthisie précéder de plusieurs mois la lypémanie et même la manie, ou se déclarer en même temps qu'elle... Quelquefois aussi, la folie alterne avec la phthisie, et alors, pendant la durée du délire, même le plus violent, tous les symptômes de phthisie cessent pour revenir après l'accès. » (1).

Telle nous paraît aussi l'opinion de Scipion PINEL : « A mesure que les phlegmasies chroniques des viscères thoraciques ou abdominaux font des progrès, l'agitation de l'aliéné se modère, son délire disparaît... » (2).

Il n'en est plus tout à fait de même en 1860. MOREL qui, en précurseur, s'est tant occupé de l'étiologie des maladies mentales, envisage « l'intervention » de la phthisie comme cause d'aliénation mentale, mais à cet égard son opinion est sommaire, et même peut-être un peu théorique :

« Si je parcours les observations que renferment les ouvrages des aliénistes et si je recueille mes propres souvenirs, je vois que si la mélancolie est la compagne à peu près inséparable de la tuberculisatîon commençante, l'exacerbation maniaque caractérise

(1) E. ESQUIROL, *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal*, Paris, 1838, 2 vol. in-8°, t. I, p. 103.

(2) Scipion PINEL, *Traité de pathologie cérébrale ou des maladies du cerveau...*, Paris, 1844, p. 224.

ordinairement les dernières phases de l'existence chez les aliénés phtisiques. » (3).

Pourtant, dans certaines de ses observations, comme dans celles des auteurs précédents — de même d'ailleurs que dans une du grand PINEL⁽⁴⁾ — nous avons fréquemment relevé l'existence d'une tuberculose dans ce que nous ferions entrer aujourd'hui dans le « groupe des schizoïdies ».

Vers la même époque, WORKMAN, dans une communication à l'Association des médecins-directeurs des asiles américains⁽⁵⁾, s'occupe de la fréquence de la tuberculose chez les aliénés internés et des caractères de celle-ci; mais il ne nous paraît pas avoir tiré de ces faits une conclusion étiologique, comme le fit son confrère HARLOW⁽⁶⁾.

CLOUSTON⁽⁷⁾, sensiblement au même moment, étudie le même sujet; et, après avoir dit : « La monomanie de défiance est la forme d'aliénation dans laquelle la tuberculisation se montre le plus fréquemment... », il ne craint pas d'écrire : « Dans un certain nombre de cas (environ le quart de tous ceux qui avaient des tubercules), l'insanité affectait un type tellement fixe et particulier qu'on pourrait l'appeler « manie phtisique » (8).

C'était aller bien plus loin dans cette voie qu'ESQUIROL; mais c'est BALL qui paraît avoir été en ce temps le plus formel. Dans sa 26^e leçon sur les maladies mentales, il s'efforce de prouver « que, dans certains cas, il existe entre la phthisie

(3) MOREL, *Traité des maladies mentales*, Paris, 1860, p. 164.

(4) Ph. PINEL, *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie*, Paris, an IX, note 1, p. 277.

(5) 10 juin 1862, De la phtisie latente chez les aliénés, *The American Journal of insanity*; analyse par DUMESNIL, *Ann. méd.-psych.*, 1864, 4^e série, t. III, p. 113-121.

(6) Analyse par DUMESNIL, *Ann. méd.-psych.*, 1864, 4^e série, t. III, p. 119. « Il veut que toutes les aliénations soient considérées comme la conséquence de quelque maladie physique... Il est persuadé que la folie a souvent son point de départ, son siège primitif, dans les poumons. » (DUMESNIL.)

(7) La tuberculisation et l'aliénation mentale, traduit par DUMESNIL, *Ann. méd.-psych.*, 1864, 4^e série, t. III, p. 317-338, et t. IV, p. 67-91.

(8) *Ibid.*, t. IV, p. 89.

et la folie une corrélation de cause à effet »⁽⁹⁾, et cela par la seule clinique qui lui montre que :

« 1° Chez plusieurs sujets, les deux affections suivent une marche parallèle...

» 2° La phthisie et la folie peuvent obéir à la loi d'alternance et se remplacer mutuellement...

» 3° L'hérédité morbide, envisagée non seulement chez l'individu, mais dans sa famille, vient nous prêter un nouvel appui. On rencontre assez souvent la phthisie chez les parents ou les descendants des aliénés, et l'on peut alors invoquer la transmission directe; mais il est peut-être plus fréquent de rencontrer cette association morbide chez les collatéraux, et la preuve n'en est que plus frappante et plus irrésistible. »⁽¹⁰⁾.

On peut dire que c'est autour des idées de BALL (et accessoirement de CLOUSTON) que s'organisent les thèses de LA BONNARDIÈRE (Lyon, 1898)⁽¹¹⁾, de Jules CHARTIER (Paris, 1899)⁽¹²⁾, de KARA-ENEFF (Montpellier, 1899)⁽¹³⁾, toujours citées lorsque l'on étudie les rapports de la tuberculose et de l'aliénation mentale, et qui, les unes et les autres, se proposaient, comme le dit CHARTIER, « de rechercher si quelque lien causal n'existait pas entre les deux ordres de symptômes... ».

En fait, ces divers travaux, dont le plus intéressant est, à notre sens, celui de LA BONNARDIÈRE, apportent des observations qui confirment la coexistence, l'alternance ou la succession de la tuberculose et de l'aliénation mentale; ils s'efforcent⁽¹⁴⁾ — en vain, d'ailleurs, il faut le dire — de préciser les caractères de cette « folie phthisique » et d'en établir l'indépendance nosologique.

Il est cependant intéressant de noter combien les auteurs

(9) B. BALL, *Leçons sur les maladies mentales*, Paris, 1880, p. 547.

(10) BALL, *op. cit.*, p. 547 et 550.

(11) *Contribution à l'étude des rapports de l'aliénation mentale et de la tuberculose*.

(12) *De la phthisie, et en particulier de la phthisie latente dans ses rapports avec les psychoses*.

(13) *De l'influence de la tuberculose sur l'aliénation mentale*.

(14) Voir, en particulier, les conclusions de la thèse de KARA-ENEFF.

ont insisté sur l'alternance possible des deux ordres de symptômes, et de rappeler les hypothèses pathogéniques de LA BONNARDIÈRE, qui rattache les troubles mentaux à l'existence, « sinon de la tuberculose proprement dite, du moins [à celle] des lésions produites par les toxines tuberculeuses » (15), opinion encore justifiée, tandis qu'ont bien vieilli les idées de CHARTIER, qui fait jouer un rôle dominant à des « perturbations nutritives ».

2. — Période clinique et anatomo-pathologique.

Vers 1900 commence la période que nous avons nommée *clinique et anatomo-pathologique* : c'est, en effet, le moment où les auteurs cherchent à rattacher à la tuberculose les lésions histologiques observées. C'est d'abord le travail d'ANGLADE et CHOCRAUX concernant la tuberculose dans l'étiologie des maladies mentales et nerveuses, où ceux-ci insistent sur la réaction névroglique et affirment « que la tuberculose a des poisons capables de provoquer cette réaction... » (16). Travail dont RAYMOND disait, en substance, selon l'analyse des *Annales médico-psychologiques* : « Il convient assurément de songer à la tuberculose dans la pathogénie des affections mentales et nerveuses en général; mais nous ne pouvons dire, d'ores et déjà, si cette toxi-infection prendra jamais l'importance considérable reconnue par tous les observateurs à la syphilis et à l'alcoolisme dans le développement des maladies nerveuses et mentales. » (17).

Dans sa thèse de 1907 — avant tout, d'ailleurs, d'ordre statistique et prophylactique — ROLET (18) n'aborde que très indirectement la question.

(15) LÉON LA BONNARDIÈRE, thèse, p. 30.

(16) Académie de médecine, séance du 17 mars 1903. Sur un travail de MM. ANGLADE et CHOCRAUX concernant la tuberculose dans l'étiologie des maladies mentales et nerveuses. Rapport de M. RAYMOND, analysé par CULLERRE, *Ann. méd.-psych.*, 1904, t. II, p. 432.

(17) *Ibid.*, p. 433.

(18) *La tuberculose dans les asiles d'aliénés.*

3. — Période clinique, anatomo-pathologique et biologique.

Mais bientôt un fait nouveau apparaît : la démence précoce, qui a fait son entrée dans la nosologie, commence de préoccuper les esprits, et c'est autour d'elle désormais que va se cristalliser la question (49). En effet, ORREGIA (1903), ROUBINOVITCH (1904), ANGLADE (1903), DUROCHER (thèse Paris, 1906), DECORCE (1907), montrent que l'on constate dans cette affection un nombre de tuberculoses nullement comparable à celui relevé dans les autres affections mentales.

Désormais, une voie nouvelle est ouverte; on ne renonce pas à rattacher, d'une façon plus ou moins conventionnelle d'ailleurs, les lésions histologiques à la tuberculose (20). On va surtout chercher à mettre en évidence la tuberculose dans les cas de démence précoce, et de la quasi-constance de celle-là on pensera pouvoir démontrer son rôle étiologique.

D'où floraison de statistiques : sur les cas cliniques de tuberculose chez les déments précoces, sur la fréquence de la tuberculose anatomique à l'autopsie, d'abord; puis, lorsque l'étude de la tuberculose se sera compliquée, statistiques sur la fréquence de la tuberculose biologique (réactions allergiques et sérologiques).

On nous permettra à ce propos, bien qu'en psychiatrie la statistique soit fort en honneur — elle a son utilité, nous n'en disconvenons pas — de rappeler combien il faut être

(49) Nous ne faisons pas l'histoire des conceptions étiologiques de la démence précoce; aussi ne faut-il pas s'attendre à trouver ici une allusion aux théories psychologiques pures exclusives, ou aux théories de stricte localisation mésocéphalique, et au plus ou moins grand prestige dont elles ont pu jouir suivant les époques.

(20) Par exemple, KLIPPEL et LHERMITTE, qui, dans leur « Anatomie pathologique de la démence précoce » (Société de psychiatrie, séances des 22 avril et 27 mai 1909, *L'Encéphale*, 1909, t. I, p. 504-510 et 612-617), n'éliminent pas l'étiologie tuberculeuse bien que cette affection leur paraisse souvent secondaire — conception reprise et discutée par Jean LÉPINE et TATY (Tuberculose, démence catatonique, méningo-encéphalite, *L'Encéphale*, 1910, t. I, p. 430-437). Par exemple, encore, MORSELLI (1907), qui, dans sa conception, fait surtout intervenir les glandes génitales.

prudent dans son usage et réservé dans les conclusions qu'il convient d'en tirer. Disons d'abord, en paraphrasant, avec Claude BERNARD, le précepte fameux du grand MORGAGNI, « *non numerandæ sed perpendendæ sunt observationes* », « la première condition pour employer la statistique, c'est que les faits auxquels on l'applique soient exactement observés afin de pouvoir être ramenés à des unités comparables entre elles. Or cela ne se rencontre pas le plus souvent en médecine »⁽²¹⁾. Et ajoutons avec lui : « La statistique ne s'applique donc qu'à des cas dans lesquels il y a encore indétermination dans la cause des phénomènes observés. Dans ces circonstances, la statistique ne peut servir... qu'à diriger l'observation vers la recherche de cette cause indéterminée, mais elle ne peut jamais conduire à aucune loi réelle. »⁽²²⁾.

Diriger l'observation et montrer qu'elle était dans la bonne voie, tel nous semble avoir été surtout le mérite des auteurs qui ont dépouillé, analysé des statistiques. Plus démonstratifs nous paraissent les faits isolés, mais analysés plus intimement. Parmi ces derniers, une place importante doit être réservée à la communication de CLAUDE et ROSE : *Etude clinique et anatomique d'une psychose toxi-infectieuse à forme catatonique du type de la démence précoce*⁽²³⁾, où les auteurs mettent en évidence une hérédité tuberculeuse et des antécédents personnels tuberculeux chez une démente précoce, où ils invoquent l'hypothèse d'« intoxication d'origine tuberculeuse, distincte des tuberculoses atypiques non folliculaires »⁽²⁴⁾, et où ils n'hésitent pas à dire, en généralisant leur conclusion : « de sorte que l'on pourrait comparer la fréquence de la tuberculose à l'origine de la démence précoce;

(21) *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*, Paris, 1865, p. 238.

(22) Claude BERNARD, *op. cit.*, p. 240.

(23) Société de psychiatrie de Paris, séance du 19 novembre 1908, *L'Encéphale*, 1908, t. II, p. 630-653.

(24) *Ibid.*, p. 646.

à la fréquence de la syphilis, à l'origine de la paralysie générale » ⁽²³⁾.

Parmi les travaux — outre ceux cités plus haut — qui mettent en évidence la fréquence de la tuberculose et concluent à son intérêt étiologique, indiquons la thèse de DUMITRESCO (1908), le travail de HAUSHALTER (1912) et la thèse de RANCMAN (1914) ⁽²⁶⁾, importante synthèse des travaux de l'époque inspirée par LAIGNEL-LAVASTINE.

Certains avaient cherché à compléter l'insuffisance des données cliniques et nécropsiques par l'étude des réactions biologiques : en particulier RAVIARD (ophtalmo-réaction [1907]), SOUTZO et DIMITRESCO (ophtalmo-réaction [1910]), MARIE et BEAUSSART (séro-diagnostic [1910]). LÉVI-VALENSI et GÉNIL-PERRIN écrivaient, en 1913 : « Il nous paraît ... illusoire de chercher à tirer une conclusion quelconque de recherches de cette nature... » ⁽²⁷⁾. Et c'était assez sage, si l'on songe à la fréquence des réactions allergiques et à l'absence de fil conducteur en vue d'interpréter leurs variations.

Si la guerre allait interrompre pour un temps l'étude du problème, celle-ci allait bientôt reprendre, d'abord à l'étranger, puis en France, pour acquérir de 1932 à 1934 un caractère d'éminente actualité.

Au début, les recherches sont encore orientées dans le sens de la mise en relief d'une coexistence troublante; les auteurs ne tardent pas à rechercher dans les phénomènes biologiques complexes de l'infection tuberculeuse — désormais mieux connus — l'étiologie précise du syndrome. Et c'est pourquoi nous avons parlé, avec beaucoup d'audace — car toutes les méthodes s'enchaînent — de *période biologique*.

Voici quelques noms : LÖEW (1917) s'attache surtout à démontrer que les conditions d'existence des déments précoces ne suffisent pas à expliquer la fréquence de la tuber-

(23) *Ibid.*, p. 632.

(26) *Les relations de la tuberculose et de la démence précoce*.

(27) Cuti-réaction à la tuberculine chez 57 aliénées, Société de psychiatrie, séance du 19 juin 1913, *L'Encéphale*, 1913, t. II, p. 81-82.

culose; WOLFER (1919) parle de « métatuberculose » liée aux albumines toxiques tuberculeuses; LAIGNEL-LAVASTINE (1924) reprend l'anatomie pathologique, écrit la formule : « démence précoce, encéphalopathie atrophique neuro-épithéliale, tuberculose »; WITTE fait intervenir une labilité particulière des lipoïdes du sang, et une rétention du colloïde thyroïdien; ZALLA (1923), à la suite de nombreuses autopsies, et bien que n'émettant pas de théorie biologique réellement précisée, reconnaît que l'observation oblige à envisager le rôle de la tuberculose dans l'étiologie de la démence précoce; NOLAN D. C. LEWIS (1923) voit dans « l'hypoplasie de l'appareil cardio-vasculaire » un élément constitutionnel qui explique l'apparition de la démence précoce, de même qu'il favorise (nous l'avons vu dans les « Généralités ») la tuberculose. Une opinion assez analogue est émise par AMEGHINO (1923)⁽²⁸⁾. LUXEMBERGER (1927) s'oriente aussi vers une conception basée sur une morphologie commune à la tuberculose et à la démence précoce. TOULOUSE (1930) adopte aussi cette conception qui nous ramène indirectement aux hérédodystrophies de LANDOUZY.

Mais pendant que se développaient ces théories qui font intervenir la tuberculose d'une manière plus ou moins directe, certains auteurs, avant tout anatomo-pathologistes, cherchaient à la mettre en évidence plus directement. MARCHAND (1928) divise ainsi en deux groupes les démences précoces, en constitutionnelles et toxi-infectieuses, ces dernières pouvant être en rapport avec la tuberculose.

D'un autre côté, on commençait à mieux connaître les réactions méningées tuberculeuses sans lésions typiques, faits qui ouvraient de nouveaux horizons sur la pathologie mentale. Nous clôturons ici cette période « biologique » en citant la thèse de ROUYER (1930)⁽²⁹⁾, dont l'essentiel est repris par

(28) Autour de l'étiologie tuberculeuse des maladies mentales, *Revista de Criminologia y Psiquiatria*, Buenos-Aires, XII, 68, avril 1925; analyse par LAUZIER, *L'Encéphale*, 1926, p. 136.

(29) *Sur les rapports de la tuberculose et des troubles mentaux*, thèse Paris, 1930, n° 401.

Auguste MARIE, son inspirateur, à la Société de médecine de Paris⁽³⁰⁾. Elle est avant tout orientée vers la prophylaxie, mais constitue une revue d'ensemble de la question.

4. — Période à la fois clinique, biologique et expérimentale.

Et nous arrivons à la période que nous avons nommée tout à la fois *clinique, biologique et expérimentale*. Son début nous paraît marqué par l'article de CLAUDE et BARUK du *Paris médical* (27 déc. 1930) : « Les troubles psychiques dans les phases torpides et les phases prémonitoires de la tuberculose »⁽³¹⁾, où un certain nombre d'observations de déments précoces finement analysées leur permettaient — reprenant ainsi les faits de balancement entrevus par les Anciens — de dire qu'il semble exister « une sorte de balancement entre l'activité des lésions somatiques de la tuberculose et les troubles psychiques; ces derniers faisant leur apparition soit au moment du déclin des manifestations de la tuberculose viscérale, soit pendant leurs rémissions »⁽³²⁾. Comme, par ailleurs, ils avaient auparavant établi avec de JONG que seule l'intoxication légère peut provoquer la catatonie expérimentale, ils envisageaient l'existence d'une « toxi-infection lente modérée ».

Notons tout de suite, d'ailleurs, que les auteurs n'ont jamais prétendu qu'il faille voir là l'explication de tous les cas de démence précoce, ce cadre nosologique répondant certainement peu à une entité morbide définitive. Un fil conducteur nouveau, provisoire peut-être, mais en tout cas intéressant par l'hypothèse qu'il faisait surgir, permettait d'explorer les faits et de les pénétrer plus intimement. BARUK et ses collaborateurs allaient le suivre patiemment, tandis que d'autres chercheurs s'orientaient dans diverses directions :

(30) Séance du 14 novembre 1930, *Bulletins et mémoires de la Société de médecine de Paris*, 1930, n° 43, p. 437-461.

(31) P. 571-579.

(32) *Loc. cit.*, p. 574.

c'est ainsi que la confirmation de l'existence du virus filtrant tuberculeux et de ses effets expérimentaux permit d'envisager la question sous un jour différent. Le problème est devenu, nous l'avons dit, d'actualité. De 1932 à 1934, de nombreuses publications ont paru, communiquées successivement à plusieurs Sociétés savantes. La Société médico-psychologique dut consacrer à la discussion du problème sa séance du 28 novembre 1932, et souvent cette discussion y fut reprise à l'occasion d'une publication.

A ce moment, la question se pose de la façon suivante :

Pour d'HOLLANDER et ROUVROY⁽³³⁾, l'inoculation au cobaye de liquide céphalo-rachidien d'un certain nombre de déments précoces, les hémocultures, démontrent souvent l'existence du virus tuberculeux (résultat conforme à ceux publiés, en 1934, par LÖWENSTEIN, qui avait pratiqué l'hémoculture). Malgré le pourcentage important de résultats positifs — 11 sur 12 — les auteurs déclarent « que l'on ne peut étendre la conclusion à tous les cas de démence précoce ». La présence de virus tuberculeux dans le liquide céphalo-rachidien leur paraît une preuve de l'étiologie tuberculeuse car, disent-ils :

« Nous ne comprenons pas, dans l'état actuel de nos conceptions cliniques et biologiques, que le virus tuberculeux puisse exister dans le liquide céphalo-rachidien, sans exercer des dommages dans le système nerveux central par les toxines qu'il sécrète et par les lésions qu'il provoque; à moins que notre liquide ne possède des moyens de neutralisation ignorée jusqu'à présent ou bien que le virus ne s'y trouve sous une forme inconnue à ce jour. »⁽³⁴⁾.

TOULOUSE, SCHIFF, VALTIS et van DEINSE présentent une théorie plus restrictive⁽³⁵⁾, basée sur la recherche du virus fil-

(33) La démence précoce est-elle d'origine tuberculeuse ? Inoculations. Les lésions provoquées, *Ann. méd.-psych.*, 1932, t. II, p. 417-429.

(34) *Ibid.*, p. 428-429.

(35) Ultra-virus tuberculeux et démence précoce, *Ann. méd.-psych.*, 1932, t. II, p. 474-485.

trant tuberculeux dans le liquide céphalo-rachidien (présence constatée par l'apparition chez le cobaye d'adénopathies transitoires, et à l'autopsie par l'existence dans ces ganglions de quelques bacilles sans autre réaction).

Leurs expériences « n'ont pas confirmé la conception clinique d'une origine tuberculeuse de la démence précoce au sens courant...; ...la démence précoce est en réalité un syndrome psychopathologique et non une entité morbide définie. Ce syndrome traduit une réaction cérébrale à des atteintes morbides variées...

» Mais des états mentaux paroxystiques, soit transitoires, comme certaines bouffées délirantes, soit récidivants et que les auteurs dénomment « schizophrénie évoluant par poussée », peuvent relever d'une bacillose atténuée avec présence de l'ultra-virus et même paucibacillose dans le liquide céphalo-rachidien. » (36).

Ce qui n'est pas pour nous surprendre si l'on songe que le virus filtrant représente la phase atténuée sans doute, mais toxigène du virus tuberculeux.

BARUK ⁽³⁷⁾ apportait une autre conclusion, établie, d'une part, sur la constatation dans un grand nombre de cas de l'existence de lésions tuberculeuses, soit avant, soit pendant, soit à la suite de rémissions du syndrome démence précoce, chez ses malades (lésions peu évolutives en général, d'ailleurs); d'autre part, sur la fréquence des cas de balancement et sur l'intensité des réactions allergiques. Il émet l'hypothèse qu'il faut chercher dans cette hyper-allergie tuberculeuse l'étiologie (quel que soit d'ailleurs le stade du germe), opinion qu'il voit confirmée dans le fait qu'ont pu être obtenus, après injection de liquide céphalo-rachidien de déments précoces, à des cobayes allergiques, des phénomènes épileptiques catatoniques, de même d'ailleurs que des ulcérations locales (sorte de phénomène de Koch).

(36) *Ibid.*, p. 485.

(37) BARUK, BIDERMAN, ALBANE, Tuberculose et démence précoce. Les réactions allergiques chez les déments précoces : sensibilisation toxique, tuberculose torpide et troubles nerveux, *Ann. méd.-psych.*, 1932, t. II, p. 352-359.

Sa conception était donc la suivante :

« Ainsi l'allergie apparaît en quelque sorte une arme à double tranchant : elle est utile au point de vue des lésions locales par les réactions de défense qu'elle entraîne, elle peut devenir dangereuse au point de vue général et surtout nerveux par les réactions toxiques qu'elle provoque », comme il l'avait dit le 24 octobre 1932 (38). Et il concluait plus généralement :

« 1° Chez une petite minorité de déments précoces, l'atteinte psychique demeure mystérieuse dans ses causes.

» 2° D'autres... ont des signes organiques permettant de supposer l'attaque d'ultra-virus neurotropes sans qu'aucun argument ne permette de penser à leur nature tuberculeuse.

» 3° Enfin, dans près de 60 p. 100 des cas, on semble trouver un triple lien : morphologie, signes organiques, résultats d'inoculation (ces derniers augmentant avec les techniques plus perfectionnées). » (39).

Dans la discussion à cette même séance du 28 novembre 1932, à la Société médico-psychologique, TARGOWLA (40), bien que d'accord avec les auteurs en ce qui concerne les constatations expérimentales, ajoutait :

« Il ne faut pas envisager le rôle du terrain exactement comme en pathologie générale, mais tenir compte surtout de la biologie du tissu nerveux, de sa constitution physico-chimique, dont les réactions aux causes pathogènes impriment une allure spéciale à tous les processus encéphalitiques... » De plus, pour lui, ce sont surtout les démences précoces d'évolution entrecoupée qui relèvent de l'étiologie tuberculeuse (41).

(38) *Ann. méd.-psych.*, 1932, t. II, p. 337.

(39) *Ibid.*, p. 498-499. L'ensemble des travaux de BARUK concernant cette question est admirablement repris dans les thèses de BLUMENFELD (*La tuberculose des déments précoces. Etude statistique, clinique et radiologie*, Paris 1933, n° 110) et d'ALBANE (*Tuberculose et démence précoce. Quelques recherches cliniques, biologiques et expérimentales*, Paris, 1934). Ils ont été publiés, outre cette séance du 24 octobre 1932 (*Ann. méd.-psych.*, 1932, t. II, p. 332-339), dans le *Paris médical* du 27 août 1932 (*Tuberculose et démence précoce*).

(40) *Ann. méd.-psych.*, 1932, t. II, p. 470.

(41) G. TARGOWLA, *Tuberculose et troubles mentaux. Conceptions nouvelles*, *Presse médicale*, 11 févr. 1933, p. 238-240.

GOURIOU, d'une part, et CLAUDE, de l'autre, bien que ne prenant pas nettement position entre les opinions précédentes, confirment les faits si intéressants de balancement que ce dernier a décrits en 1930 dans l'article que nous avons signalé ⁽⁴²⁾.

Après cette séance, il semblait qu'une convergence de résultats positifs tirés soit de l'observation clinique, soit de constatations biologiques, soit même d'un commencement de preuves par l'expérimentation, permettrait d'entrevoir comme proche le moment où serait démontrée l'intervention étiologique du virus tuberculeux dans au moins un nombre important de cas étiquetés démence précoce. Il n'en fut pas ainsi.

Une réaction se fit rapidement jour, marquée, entre autres, par l'article de C. PASCAL ⁽⁴³⁾. Pour cet auteur, « aucune preuve sérologique, ni bactériologique, n'a été apportée définitivement ». Au sens strict, il faut reconnaître qu'il en est bien ainsi. Et, rappelant comme « le problème de la paralysie générale tuberculeuse » — envisagé longtemps et jusqu'à une époque relativement récente — « s'est évanoui de lui-même (...les observations se rapportaient à de simples coïncidences) », Pascal insistait sur la nécessité d'une interprétation prudente des faits, « si l'on veut éviter de perdre le bénéfice des recherches délicates sur la tuberculose dans ses rapports avec les syndromes neuro-psychopathiques ».

Et c'est bien dans le même sens que certains auteurs étrangers, comme WECHSLER ⁽⁴⁴⁾, HASKOVEC ⁽⁴⁵⁾, concluent; pour eux,

⁽⁴²⁾ CLAUDE et BARUK, *Paris médical*, 27 nov. 1930, p. 371-379.

⁽⁴³⁾ Le brouillard étiologique de la démence précoce s'est-il dissipé ? *Le Progrès médical*, 12 août 1933, p. 1418-1435. Analyse par CARRETTE, *Ann. méd. psych.*, 1934, t. II, p. 873-876.

⁽⁴⁴⁾ Contribution au problème de la fréquence de la tuberculose dans les asiles d'aliénés et de ses rapports avec la schizophrénie, *Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol. XXXI, fasc. 1, 1933. Analyse par BAUER, *Ann. méd.-psych.*, 1934, t. I, p. 461.

⁽⁴⁵⁾ L. TAUSSIG, A. GUTWIRT, V. HASKOVEC et J. PROKUPK, Schizophrénie et tuberculose, *Revue v. Neurologii a Psychiatrii*, juin 1933, n° 6, p. 129-132. Analyse par CARRETTE, *Ann. méd.-psych.*, 1934, t. II, p. 462.

la fréquence de la tuberculose parmi les déments précoces serait surtout en rapport avec leurs conditions d'existence.

Pourtant, à l'Académie de médecine, COSTE, VALTIS et van DEINSE apportent un pourcentage assez impressionnant de résultats positifs — 9 sur 15 — où l'expérimentation (inoculation au cobaye suivie d'injection d'extrait acétonique) avait mis en évidence l'existence de virus tuberculeux dans le liquide céphalo-rachidien de déments précoces⁽⁴⁶⁾. Constatation sur laquelle, dans un article avec CLAUDE⁽⁴⁷⁾, ils crurent pouvoir asseoir des conclusions d'attente. Après avoir souligné qu'« il n'y a pas de différence importante, quant aux réactions allergiques, entre le groupe des déments précoces et celui des autres sujets » — opinion que corrobore la thèse de MAILLEFER, faite sous l'inspiration de C. PASCAL — ils écrivaient : confirmées, ces données permettraient d'« attribuer à l'infection tuberculeuse et plus particulièrement à l'ultra-virus un rôle important dans l'étiologie de certains syndromes hébéphrénocatatoniques..., peut-être de formuler, quant à la physiopathie de ces états, certaines déductions utiles »⁽⁴⁸⁾. Le faible pouvoir pathogène de ce virus semble peut-être en rapport avec le « comportement si particulier de la substance nerveuse vis-à-vis des infections en général »⁽⁴⁹⁾. Ces conclusions sont suivies d'un parallèle entre la paralysie générale et la démence précoce particulièrement instructif et qui fut à la base des tentatives de pyrétothérapie soufrée et de traitement chrysothérapique⁽⁵⁰⁾, méthode dont les premiers résultats furent publiés dans la thèse de KERFRIDIN⁽⁵¹⁾ et dans un article des *Annales médico-*

(46) Constatations expérimentales concernant l'étiologie tuberculeuse de certaines démences précoces, *Bulletin de l'Académie de médecine*, séance du 6 juin 1933, p. 760-764.

(47) Sur les relations pathogéniques du virus tuberculeux avec la démence précoce, *L'Encéphale*, sept.-oct. 1933, p. 561-587.

(48) *Ibid.*, p. 583.

(49) *Ibid.*, p. 584.

(50) *Ibid.*, p. 586-587.

(51) Essai de traitement de certains déments précoces par le soufre pyrétogène associé à l'or, thèse Paris, 1934.

psychologiques d'avril 1935 (résultats dont nous n'avons pas à nous occuper ici); mais nous devons signaler que cette thérapeutique peut provoquer — et cela n'est pas pour surprendre, ne serait-ce que parce qu'elle s'apparente aux médications de choc — une tuberculose viscérale évolutive. Raison de plus pour être, à l'asile, parfaitement outillé pour traiter et réduire au minimum les conséquences de cette méthode que ses succès, au point de vue mental, pourraient faire généraliser.

Vers la même époque, TOYE⁽³²⁾, se basant sur les faits cliniques de balancement, et développant les idées du Professeur d'anatomie pathologique GRYNFELT, soutenait dans sa thèse, d'une logique ... trop irréfutable, l'opinion que la démence précoce serait une paratuberculose, conséquence d'un excès de défense de l'organisme se traduisant par la production excessive d'acide formique, agent susceptible de provoquer la dégénérescence muqueuse. Conception hardie... dont l'avenir dira ce qu'il faut retenir !

Puis le courant change de sens : et c'est désormais la prudence qui caractérise toutes les publications.

DIDE, DE BOISSEZON et AUJALEU⁽³³⁾, d'une part; RODIET, NEVOT et MAILLEFER⁽³⁴⁾, de l'autre, obtiennent des résultats négatifs par cultures de sang ou de liquide céphalo-rachidien chez les déments précoces. BECK⁽³⁵⁾ aussi. Enfin, CLAUDE et COSTE reconnaissent la négativité des résultats. Ils ajoutent : « L'absence de bacille dans les humeurs de déments précoces ne

(32) *Contribution à l'étude physiopathologique de la démence précoce*, thèse Montpellier, 1934, n° 22.

(33) Réactions de Vernes et de Besredka dans le sang et le liquide céphalo-rachidien des déments précoces, *C. R. des séances de la Société de biologie*, 2 juin 1934. Analyse par MOLLARET, *Revue neurologique*, janv. 1935, p. 137.

(34) Recherches du bacille de Koch, par hémoculture sur milieu de Lœwenstein, dans le sang de 18 déments précoces, *C. R. des séances de la Société de biologie*, 2 juin 1934. Analyse in *Revue neurologique*, janv. 1935, p. 139.

(35) Sur les relations entre la démence précoce et la tuberculose. Etude bactériologique du liquide céphalo-rachidien, *ibid.*, 30 juin 1934. Analyse in *Revue neurologique*, janv. 1935, p. 135.

prouve rien contre l'étiologie tuberculeuse, pas plus que sa présence, si elle venait à être occasionnellement démontrée, n'apporterait une preuve péremptoire de son rôle causal. » Scientifiquement, cela est irréfutable, bien qu'un peu décevant. Et ils concluent : « Au point de vue clinique, l'observation des faits apporte au contraire des arguments de grande valeur en faveur d'une relation entre ces deux affections, et a pu aiguiller les auteurs vers des orientations thérapeutiques intéressantes. » (36).

C'était reprendre sous une autre forme cette phrase prononcée par CLAUDE à la séance du 28 mai 1934 de la Société médico-psychologique :

« Bien que je pense toujours que l'étude clinique démontre le rôle fréquent de la tuberculose non comme complication, mais à l'origine de la démence précoce, la démonstration expérimentale m'apparaît aujourd'hui plus rare que je ne l'ai dit. Des recherches nouvelles poursuivies dans des conditions nous mettant à l'abri de sources de contamination ou d'infections diverses, ont modifié mon expérience et m'incitent à déclarer qu'on ne saurait apporter trop de prudence dans la technique biologique et dans l'interprétation des faits. » (37).

Ce sera également notre conclusion (58).

(36) Sur les relations de la tuberculose et de la démence précoce, *ibid.*, 21 juill. 1934. Analyse in *Revue neurologique*, janv. 1935, p. 136.

(37) *Ann. méd.-psych.*, 1934, t. I, p. 771-772. Discussion de la communication de DIDE et AUJALEU, Transmission expérimentale de virus filtrants par injection au cobaye de liquide céphalo-rachidien de déments précoces, *ibid.*, p. 766-771.

(58) Les divers travaux que nous venons d'évoquer étudient les rapports des troubles mentaux et de la tuberculose en recherchant le rôle possible de la tuberculose en pathologie mentale.

D'autres travaux envisagent le problème sous un angle différent : ils analysent les anomalies psychiques rencontrées chez les tuberculeux.

Nous n'aborderons pas ici ces recherches, car elles n'apportent aucune contribution à notre sujet : *Importance de la tuberculose dans les asiles d'aliénés*. A titre d'exemple, nous citerons cependant, l'article de A. GILLES, Psychonévrose et tuberculose. Un syndrome aparnétique, *L'Evolution psychiatrique*, 1934, fasc. I; la thèse de Pierre MAS, *Psychasthénie et neurasthénie tuberculeuses. Essai sur les formes mentales de la tuberculose*, Montpellier, 1935.

III

Conclusion.

Il semble bien qu'il y ait une relation étroite entre certaines démences précoces et la tuberculose, sa nature exacte n'est pas établie. Quoi qu'il en soit, il est probable que cette relation peut augmenter dans de notables proportions le nombre des tuberculoses-maladies chez les aliénés internés. Il faut en tenir compte pour ne pas voir trop en noir les statistiques de morbidité. Mais il faut y voir une raison de plus pour être à même de traiter au mieux cette « maladie incidente », sans toutefois perdre de vue qu'elle n'est pas la conséquence inéluctable de troubles mentaux.

CHAPITRE II

DONNEES NUMERIQUES SUR LA TUBERCULOSE DANS LES ASILES

I

Réserves préliminaires sur la valeur des chiffres.

Il convient désormais d'apporter quelques données numériques sur la tuberculose dans les asiles d'aliénés; ce sont ces chiffres qui, en principe, doivent permettre d'apprécier l'importance et l'urgence relative des mesures à prendre ou à améliorer, compte tenu de leur répercussion sociale et financière.

Nous sommes obligé d'insister quelque peu sur ces questions : mais déclarons dès maintenant que ce n'est pas sans une certaine gêne. Nous estimons que, là encore, là surtout, la statistique est décevante.

Les chiffres cités accusent, on le verra, des discordances considérables. Sans doute la réalité présente aussi des situations totalement différentes. Mais nous ne sommes pas loin de penser que les écarts sont, en fait, moindres que les chiffres tendraient à le faire croire. Et on le conçoit aisément, si l'on songe à la difficulté du diagnostic, aux divers procédés mis en œuvre pour l'établir, aux tendances enfin des différents auteurs.

On connaît, pour la tuberculose pulmonaire, la formule de RIST, qui n'accepte le diagnostic de tuberculose que s'il y a concordance de trois ordres de symptômes : des signes généraux, des signes locaux cliniques et radiologiques, enfin des signes bactériologiques. Il faut reconnaître qu'il est rare qu'à l'asile ces trois ordres soient mis en évidence.

Ne considérer que le critère bactériologique sous forme d'un Ziehl, c'est éliminer, sans aucun doute, de nombreux cas. Se fier à la seule clinique, c'est, chez l'aliéné surtout, passer à côté de cas plus nombreux encore sans doute. Mais, introduire dans sa statistique des cas de « présomption », n'est-ce pas, pour le moins, imprudent ? Il conviendrait, en face du problème, d'adopter les mêmes critères, pour pouvoir juger sainement; peut-être alors verrait-on des divergences s'estomper.

Il n'est pas jusqu'aux statistiques de mortalité basées sur autopsie qui ne puissent prêter à critique; il y faudrait distinguer la nature (évolutive ou enkystée, caséeuse ou fibreuse) des lésions. Sinon, l'on risque d'envisager une tuberculose-maladie là où il n'y a qu'une tuberculose biologique.

II

1. — Documents princeps : 1903 et 1931.

a) *Chiffres.*

Ces réserves faites, voici fusionnés en vue d'une éventuelle confrontation les deux principaux documents d'ensemble que nous avons rencontrés au cours de nos recherches. L'un est la statistique générale de mortalité dans les Asiles d'aliénés de France, *établie à la date du 31 décembre 1903 par Bourneville* (rapport au ministre de l'Intérieur présenté au Conseil supérieur de l'Assistance publique), statistique sur laquelle se basait son auteur pour préconiser une améliora-

tion de la situation des asiles à ce point de vue. Elle fut publiée dans les thèses de ROLET (1907) et de ROUYER (1930), élèves de A. MARIE.

L'autre est la *statistique publiée par Briau dans les Archives internationales de neurologie*⁽¹⁾, et envisage la population asilaire traitée pendant l'année 1931. Elle est le résultat d'une enquête menée auprès des médecins d'asile par l'auteur, alors médecin-directeur à Chezal-Benoît, où le département de la Seine venait d'ouvrir un pavillon pour aliénés tuberculeux. Statistique, en raison même de son caractère officieux... amical, moins complète, mais dont la « fraîcheur » doit faire passer les défauts. Son auteur en a jugé lui-même les avantages et ... les lacunes, et nous ne pouvons mieux faire, avant de la reproduire, que de lui donner la parole :

« Ce que j'aurais voulu apporter ici, c'est une notion qui n'existait pas dans la statistique de 1903, celle du nombre probable de malades atteints de tuberculose dans les milieux asilaires. Bien des fois, ma question n'a pas éveillé d'écho, je ne m'en plains pas, mais je suis obligé d'inscrire cette carence au compte passif de mon essai de statistique. » (2).

Tableau bien incomplet, bien difficile à lire, qui parle peu au regard, bien que nous ayons calculé les pourcentages qui ne figuraient pas dans celui de BOURNEVILLE.

Il convient de remarquer qu'en 1903 il s'agit de pourcentage à la population *présente au 31 décembre*, tandis qu'en 1931 il s'agit de pourcentage à la *population traitée*, c'est-à-dire à la population présente au 1^{er} janvier de l'année, augmentée du nombre des entrées au cours de l'année. Il en résulte que, ramené à l'élément de comparaison de 1931, le pourcentage publié pour 1903 serait de quelques dixièmes inférieur.

(1) Octobre 1933, p. 402-403. Extrait de l'article : *Quelques aspects du problème de la tuberculose dans les asiles d'aliénés*, p. 395-409.

(2) *Loc. cit.*, p. 404.

DÉCÈS	POURCENTAGE		DÉCÈS	POPULA-	DÉPARTEMENTS. ÉTABLISSEMENTS
	DES DÉCÈS				
	PAR TUBERCULOSE	PAR RAPPORT			
TOTAUX	à la popu- lation présente	aux décès totaux	par TUBERCU-	TION	
			LOSE	PRÉSENTE	
81	0,909	6,47	3	350	Ain. — St-Georges.....
109	0,991	6,422	7	1,099	Ain. — Ste-Madeleine.....
119	1,55	13,42	18	1,161	Aisne. — Prémontré.....
77	0,285	2,557	2	701	Allier. — Ste-Catherine (Moulins).....
69	1,115	13,04	9	807	Alpes-Maritimes. — Nice.....
51	0,655	11,76	6	915	Ardèche. — Ste-Marie (Privas).....
55	0,597	5,454	3	502	Ariège. — St-Lizier.....
79	0,339	3,797	3	883	Aude. — Limoux.....
49	0,779	8,463	4	313	Aveyron. — Rodez.....
87	1,893	17,24	15	792	Bouch ^{es} -du-Rhône. — Aix (Montperrin).....
212	2,427	15,094	32	1,318	Bouches-du-Rhône. — St-Pierre.....
104	0,311	3,846	4	1,284	Calvados. — Bon-Sauveur (Caen).....
18	—	—	0	212	Cantal. — Aurillac.....
64	0,606	6,25	4	659	Charente. — Breuty-la-Couronne.....
45	0,62	6,66	3	483	Charente-Inférieure. — Lafond.....
40	1,39	10,5	6	430	Cher. — Beauregard (Bourges).....
37	0,61	8,1	3	489	Corrèze. — La Cellette.....
84	0,56	4,76	4	707	Côte-d'Or. — Dijon.....
39	2,49	15,25	9	361	Côtes-du-Nord. — St-Brieuc.....
2	0,24	—	2	829	Côtes-du-N ^d . — Bon-Sauveur (Bégard).....
44	1,45	22,72	10	686	Côtes-du-Nord. — Léhon (Dinan).....
—	—	—	—	—	Dordogne. — Vaulaigre.....
42	1,33	19,04	8	599	Eure. — Navarre.....
95	—	23,25	24	—	Eure-et-Loir. — Bonneval.....
69	5,54	42,02	29	523	Finistère. — Quimper.....
138	2,9	19,56	27	931	Finistère. — Morlaix.....
66	1,40	10,60	7	498	Haute-Garonne. — Braqueville.....
95	1,416	13,68	13	918	Gers. — Auch.....
96	1,836	11,458	11	599	Gironde. — Château-Picon.....
86	1,49	12,79	11	735	Gironde. — Cadillac.....
61	1,1	18,03	11	995	Hérault. — Font-d'Aurelle.....
79	0,49	3,79	3	611	Ille-et-Vilaine. — St-Méen (Rennes)...
119	3,01	5,88	7	232	Indre-et-Loire. — Tours.....
127	2,7	5,51	7	259	Isère. — St-Robert (St-Egrève).....
48	0,46	4,16	2	435	Jura. — St-Ylie (Dôle).....
105	0,306	0,95	4	326	Loir-et-Cher. — Blois.....
68	0,15	1,47	4	652	Loire-Inférieu ^{re} . — Hospice St-Jacques.....
96	0,608	6,25	6	986	Loiret. — Fleury-les-Aubrais.....
34	0,47	8,82	3	628	Haute-Loire. — Montredon.....
45	1,316	11,11	5	350	Lot. — Leyme.....
59	0,78	6,779	4	508	Lot-et-Garonne. — Agen.....
88	4,52	12,50	11	243	Lozère. — St-Alban.....
55	0,22	3,63	2	909	Maine-et-Loire. — Ste-Gemmes.....
40	—	—	0	542	Manche. — Pont-Labbé-Picauville.....
46	3,36	8,69	4	119	Manche. — St-Lô.....
121	0,52	3,30	4	764	Manche. — Pontorson.....
—	—	—	—	—	Haute-Marne. — St-Dizier.....

(*) Les pourcentages ont été établis avec plusieurs décimales pour permettre, en les multi-

1931

POPULA- TION TRAITÉE	DÉCÈS par TUBERCU- LOSE	POURCENTAGE DES DÉCÈS PAR TUBERCULOSE PAR RAPPORT		DÉCÈS TOTAUX	MORBI- DITÉ TUBERCU- LEUSE Décès compris	POURCEN- TAGE de la MORBIDITÉ tubercu- leuse par rapport à la population traitee	OBSERVATIONS
		aux décès					
		totaux	à la popu- lation traitee				
834	3	3,61	0,359	83	19	2,278	
—	—	—	—	—	—	—	
—	—	—	—	—	—	—	
877	16	—	1,824	—	21	2,394	Femmes.
120	3	6,818	0,714	44	—	—	Hommes.
—	—	—	—	—	—	—	
—	—	—	—	—	—	—	
1.006	22	23,91	2,18	92	26	2,584	
970	6	8,33	0,618	72	8	0,824	Femmes.
—	—	—	—	—	—	—	
912	7	10,14	0,767	69	7	0,767	
—	—	—	—	—	—	—	
230	2	10,526	0,87	19	—	—	Hommes.
356	1	4,347	0,28	23	—	—	Femmes.
—	—	—	—	—	—	—	
984	7	6,93	0,71	101	—	—	
—	—	—	—	—	—	—	
—	—	—	—	—	—	—	
542	2	5,26	0,369	38	10	1,845	Hommes.
597	4	7,84	0,67	51	7	1,17	Femmes.
1.013	11	11,33	1,085	97	40	3,94	
676	7	12,5	1,035	56	25	3,69	
—	—	—	—	—	—	—	
793	6	—	0,756	—	—	—	Hommes.
751	7	—	0,93	—	—	—	Femmes.
646	9	12,67	1,393	71	—	—	
528	5	10,416	0,946	48	15	2,84	1 service femmes.
1.268	13	12,747	1,024	102	32	2,52	
—	—	—	—	—	—	—	
635	6	15,78	0,94	38	13	2,047	Hommes.
927	8	11,94	0,86	67	14	1,51	Femmes.
800	6	16,216	0,75	37	—	—	
683	4	8,163	0,585	49	énorme	—	
689	17	25,75	2,467	66	21	3,047	Hommes.
800	5	8,47	0,625	59	9	1,125	
524	6	9,23	1,145	65	10	1,946	Hommes.
412	5	17,24	1,213	29	10	2,427	1 service hommes.
—	—	—	—	—	—	—	
—	—	—	—	—	—	—	
—	—	—	—	—	—	—	
1.805	37	24,66	2,049	150	69	3,822	
901	5	8,77	0,55	57	25	2,774	
—	—	—	—	—	—	—	
—	—	—	—	—	—	—	
—	—	—	—	—	—	—	

pliant par 1.000, de les comparer (?) aux chiffres de mortalité établis pour 100.000 habitants.

DÉCÈS TOTAUX	POURCENTAGE DES DÉCÈS PAR TUBERCULOSE PAR RAPPORT		DÉCÈS par TUBERCU- LOSE	POPULA- TION PRÉSENTE	DÉPARTEMENTS. ÉTABLISSEMENTS.
	à la popu- lation présente	aux décès totaux			
111	2,38	12,61	14	588	Marne. — Châlons-sur-Marne.....
53	0,65	11,32	6	917	Mayenne. — La Roche-Gandon.....
111	0,34	5,40	6	1.753	Meurthe-et-Moselle. — Maréville.....
71	1,23	9,85	7	565	Meuse. — Fains.....
115	2,15	13,91	16	743	Morbihan. — Lesvellec.....
					Moselle. — Lorquin.....
					Moselle. — Sarreguemines.....
68	1,82	22,05	15	824	Nièvre. — La Charité-sur-Loire.....
151	2,045	11,92	18	880	Nord. — Armentières.....
80	0,903	8,75	7	775	Nord. — St-Jean-de-Dieu-Lommelet..
142	1,17	11,26	16	1.360	Nord. — Bailleul.....
260	2,24	14,23	37	1.649	Oise. — Clermont.....
59	1,79	16,94	10	557	Orne. — Alençon.....
66	0,68	9,09	6	874	Pas-de-Calais. — St-Venant.....
67	0,419	5,97	4	953	Puy-de-Dôme. — Clermont-Ferrand...
51	0,358	5,88	3	838	Basses-Pyrénées. — Pau.....
					Bas-Rhin. — Stéphanfeld.....
					Bas-Rhin. — Hoërdt.....
					Haut-Rhin. — Rouffach.....
232	2,58	18,96	44	1.701	Rhône. — Bron.....
100	3,74	29,00	29	774	Rhône. — St-Jean-de-Dieu.....
67	2,19	25,37	17	775	Sarthe. — Le Mans.....
77	1,44	12,98	10	692	Savoie. — Bassens.....
134	1,113	6,716	9	808	Seine-Inférieure. — Quatre-Mares.....
162	0,534	6,86	7	1.310	Seine-Inférieure. — St-Yon.....
66	0,75	9,09	6	800	Deux-Sèvres. — La Providence (Niort).
78	0,373	2,564	2	536	Somme. — Dury-Jes-Amiens.....
44	0,698	11,36	5	716	Tarn. — Le Bon-Sauveur (Albi).....
					Tarn-et-Garonne. — Montauban.....
160	2,269	20	32	1.410	Vaucluse. — Montdevergue.....
70	1,89	15,714	11	580	Vendée. — La Roche-sur-Yon.....
23	0,58	4,34	1	172	Vienne. — Poitiers.....
88	8,29	21,59	19	229	Haute-Vienne. — Naugeat.....
15	5,26	46,66	7	133	Yonne. — Auxerre.....
					Seine. — Asile Clinique.....
					Seine. — Chezal-Benoît (Cher).....
92	0,55	5,434	5	908	Seine. — Dun-sur-Auron (Cher).....
58	1,27	6,896	4	314	Seine. — Maison-Blanche.....
					Seine. — Moisselle.....
63	0,154	3,175	2	1.298	Seine. — Vaucluse.....
					Seine. — Ville-Evrard.....
					Seine. — Villejuif.....

POPULA- TION TRAITÉE	DÉCÈS par TUBERCU- LOSE	POURCENTAGE DES DÉCÈS PAR TUBERCULOSE PAR RAPPORT		DÉCÈS TOTAUX	MORBI- DITÉ TUBERCU- LEUSE Décès compris	POURCEN- TAGE de la MORBIDITÉ tubercu- leuse par rapport à la population traitée	OBSERVATIONS
		aux décès					
		totaux	à la popu- lation traitée				
376	6	17.647	1.39	34	12	3.49	Hommes.
112	1	2.94	0.24	34	7	1.699	Femmes.
439	3	8.333	0.683	36	6	1.366	
362	14	29.787	2.49	47	nombreuse		1 service hommes.
614	9	18.73	1.46	48	20	3.237	Hommes.
392	10	23.809	1.689	42	18	3.04	Femmes.
730	13	20.31	1.78	64	39	3.34	H. et f.
314	2	3.4	0.636	37			Hommes.
764	7	8.046	0.929	87			Femmes.
1.287	14	13.39	1.087	103	24	1.86	
1.078	11	21.368	1.02	51	16	1.48	
1.481	19	13.013	1.28	146	33	2.228	Hommes.
1.794	29	20.42	1.616	142	47	2.62	Femmes.
350	—	—	—	—	44	4.	
1.480	3	7.373	0.337	66	32	2.162	
1.307	33	31.13	2.189	106	63	4.343	H. et f.
478	7	28	1.464	23	8	1.67	
1.692	12	12.63	0.708	93	nombreuse		1 service.
748	3	11.627	0.668	43			
1.157	16	13.534	1.38	103	66	3.704	
1.233	40	38.09	3.29	103	48	3.93	H. et f.
970	16	19.277	1.63	83	30	3.03	
1.626	11	10.09	0.676	109	34	2.09	
1.004	7	7.29	0.697	96	30	2.988	
377	3	9.373	0.79	32	8	2.122	Hommes.
638	0	—	—	34	4	0.619	Femmes.
309	4	7.69	0.783	32	7	1.373	H. et f.
871	24	36.36	2.733	66	—	—	
378	2	8.64	0.329	23	8	2.116	Hommes.
474	1	3.703	0.21	27	4	0.84	Femmes.
974	6	7.588	0.616	83	—	—	Hommes.
793	3	3.33	0.378	90	—	—	Femmes.
456	4	21.03	0.877	19	9	1.97	Hommes.
1.273	3	3.337	0.233	36	—	—	Femmes.
2.916	14	6.19	0.48	226	26	0.96	
472	2	3.403	0.42	37	—	—	
788	3	9.613	0.634	32	—	—	Hommes.
676	3	9.373	0.414	32	—	—	
1.370	8	3.333	0.38	144	93	6.93	Hommes.
800	1	2.08	0.123	48	9	1.123	Femmes.
460	4	1.6	0.869	23	—	—	Pensionnat.
1.326	10	7.4	0.73	133	—	—	Hommes.
1.170	9	9.67	0.77	93	—	—	Femmes.

Voici un tableau, plus expressif peut-être, mais plus anonyme :

NOMBRE DE SERVICES 1903.	POURCENTAGE DE MORTALITÉ (3).	NOMBRE DE SERVICES 1931.
44	entre 1 et 5 %	40
25	entre 5 et 10 %	28
19	entre 10 et 15 %	12
9	entre 15 et 20 %	7
5	entre 20 et 30 %	11
»	entre 30 et 40 %	3
2	entre 40 et 50 %	»
1	78,5 % (4)	»

« Comme en 1903, la majorité des services d'aliénés demeure cantonnée dans la proportion de 5 à 10 p. 100. » (5). Il persiste des chiffres élevés... c'est décevant, et pourtant, « depuis trente ans, il y a tout de même des asiles qui se sont transformés, il y a des médecins qui ont lutté pour améliorer les conditions de vie matérielles de leurs malades, pour empêcher la contagion » (6).

b) Valeur de ces chiffres.

Mais que valent tous ces chiffres ? Nous avons dit plus haut notre scepticisme. Un esprit chagrin pourrait en réduire à néant la portée. Telle n'est pas notre pensée; nous désirons seulement introduire quelque prudente défiance dans leur lecture.

Supposons pour un instant que, dans la totalité des cas, le diagnostic ait pu être fait avec exactitude, qu'aucune erreur médicale n'ait pu se glisser dans les chiffres. Les deux statistiques citées pèchent par un grave défaut. Elles ne concer-

(3) Etabli par rapport à la population au 31 décembre, pour l'année 1903, et à la population traitée pendant l'année 1931.

(4) D'après BRIAU, *Arch. int. de neurol.*, oct. 1933, p. 398 et 401.

(5) Id., *ibid.*, p. 401.

(6) Id., *ibid.*, p. 397.

nent qu'une seule année; et pour ce qui a trait à la mortalité, cela est gros de conséquence.

Voici un exemple que BRIAU relève lui-même : « Les quatre bacillaires du service des femmes à Albi ne sont pas mortes dans l'année, mais elles n'en ont pas moins existé... » (7), et, avec elles, une morbidité tuberculeuse et, en puissance, une mortalité tuberculeuse que les chiffres de décès ne révèlent pas.

Mais il y a plus : il peut se produire des variations annuelles importantes dans la mortalité par tuberculose : cela n'est pas une vue théorique. L'Asile de Quatre-Mares signale, dans son rapport pour 1928, 23 décès tuberculeux; il n'y en a que 14 en 1929 ! A celui d'Evreux, 19 décès par tuberculose en 1929, contre 3 en 1930, pour une population traitée sensiblement égale. Et nous pourrions multiplier de semblables exemples.

Insister sur ces faits, c'est redire avec BRIAU combien une statistique basée sur la mortalité est incapable de donner une idée exacte de la situation. Nous ferons une réserve, car il nous semble que si elle s'étend sur plusieurs années elle devient plus démonstrative.

Quoi qu'il en soit, nous sommes parfaitement d'accord avec BRIAU quand il souligne l'intérêt qu'il y aurait à posséder des tables de *morbidité tuberculeuse* dans les asiles. Outre, d'ailleurs, leur intérêt documentaire pour ce qui concerne la tuberculisation, elles feraient, semble-t-il, ressortir, par comparaison avec la mortalité, la plus ou moins grande efficacité des thérapeutiques mises en œuvre dans ce milieu spécial; au point de vue scientifique, elles montreraient encore si la tuberculose des aliénés présente effectivement l'évolution spécialement allongée que lui attribuent beaucoup d'auteurs. Malheureusement, outre ceux de BRIAU, peu de chiffres ont été publiés. Il convient d'ailleurs de remarquer que la difficulté où l'on est souvent d'établir à temps un diagnostic

(7) *Arch. int. de neurol.*, oct. 1933, p. 401.

de tuberculose chez l'aliéné introduirait dans ces chiffres plus d'erreur encore que dans les pourcentages de mortalité. Au demeurant, il n'est donc pas certain que cette donnée théoriquement séduisante soit en fait plus satisfaisante. Chaque fois que nous le pourrons, nous associerons mortalité et morbidité.

2. — Autres documents anciens.

Les chiffres de BOURNEVILLE sont les seuls documents anciens que nous citerons longuement. Le lecteur que cette question intéresserait pourrait se reporter pour d'autres chiffres (qui concernent soit les asiles de France [Statistique du ministère de l'Intérieur, 1895-1899, BROUARDEL], soit les établissements étrangers : asiles allemands [Statistique de SNELL en particulier], établissements belges, 1887-1892 [Troisième rapport sur la situation des asiles d'aliénés du royaume], asiles d'Angleterre, du Pays de Galles, d'Irlande et d'Ecosse) aux publications d'Auguste MARIE et de ses élèves, citées plus haut. Nous soulignons, en particulier, l'article de la *Revue de psychiatrie* de 1905⁽⁸⁾, bien documenté et facile à consulter, car il doit se trouver dans la plupart des bibliothèques asilaires.

Faut-il que nous en retenions quelques chiffres : nous ne le pensons pas... D'abord ils sont pour nous peu instructifs : « il y a des modes en médecine », et à vouloir trop comparer les chiffres des anciens — liés à leurs conceptions — aux nôtres — liés à d'autres conceptions — on risque de grossières erreurs. De plus, parmi les publications de même époque, il faut avoir l'esprit constamment en éveil avant de confronter deux chiffres : l'un parle de pourcentages par rapport aux décès totaux, l'autre de pourcentages rapportés à la population moyenne; un troisième les rapporte à la popu-

(8) A. MARIE, La tuberculose dans les asiles, *Revue de psychiatrie*, 1905, p. 353-375.

lation traitée⁽⁹⁾, le quatrième parle pour 1.000, le cinquième fournit des chiffres sans établir de pourcentage (et c'est le plus sage si les chiffres sont peu élevés); un autre, enfin, parle de la morbidité.

Mais ce n'est pas par paresse que nous avons renoncé à faire une courte synthèse des 10 ou 12 pages que MARIE consacre à la question dans l'article susvisé : c'est parce que les faits eux-mêmes sont trop différents : l'un semble faire un diagnostic clinique, un autre publie des résultats d'autopsie, le troisième réintègre dans la mortalité tuberculeuse des causes de décès qui lui semblent en dépendre (bronchite, cachexie, etc.).

3. — Chiffres récents.

Pour ce qui concerne les chiffres récents, nous pensons que, dans la mesure où la chose nous est possible, nous devons nous efforcer de compléter les données de l'enquête BRIAU en groupant ceux des chiffres qui ont pu être publiés depuis peu sur cette question. A cet égard, une des sources principales sont les recherches des divers auteurs au sujet des rapports de la tuberculose et des troubles mentaux, démence précoce en particulier.

a) *Données étrangères.*

Citons, par exemple, le mémorable travail de ZALLA⁽¹⁰⁾, basé sur le résultat des autopsies de 1.023 aliénés de la Clinique de Florence. Il a trouvé 320 cas de tuberculose, soit 31,28 p. 100 des cas : chiffre, on le voit, considérable, qui ne nous paraît pas très démonstratif, car il n'est ni un pourcentage de mortalité (les 320 tuberculeux ne sont certaine-

(9) Nous avons admis ce dernier système : population présente au début de l'année augmentée des entrées de l'année. Ce n'est peut-être pas le meilleur; mais il faut faire un choix et s'y tenir.

(10) Mortalité par tuberculose dans les asiles; particulièrement, rapports éventuels entre la démence précoce et la tuberculose, Ve Congrès de la Société de neurologie italienne, *Rivista di patologia nervosa e mentale*, oct. 1923. Analyse par WAHL, *L'Encéphale*, 1923, p. 410-411.

ment pas tous morts de tuberculose, beaucoup n'ayant, sans doute, que des bacillooses peu évolutives), ni un pourcentage de morbidité. C'est pourquoi, parmi les travaux basés sur les autopsies, les chiffres de R. ANGELINI⁽¹¹⁾ nous paraissent plus intéressants, car, dans l'étude anatomique de 420 autopsies d'aliénés, il a distingué les groupes de foyers fibreux cicatriciels anciens, les groupes cicatriciels à centre caséux, ceux de lésions évolutives et ceux de lésions mortelles. On peut ainsi en déduire que, dans le milieu où il opérait, sur 420 décès, 60 environ relevaient de la tuberculose, soit une mortalité de 14,28 p. 100; alors que la morbidité tuberculeuse parmi les 420 décédés aurait été — en étendant celle-ci jusqu'aux cas de foyers fibreux anciens à centre caséux — (ce qui est peut-être excessif), de 163, soit 38,8 p. 100. Mais cela n'est qu'un chiffre de « morbidité » parmi les morts, et qu'il est impossible de comparer à la population traitée que nous prenons comme numérateur dans nos calculs.

On peut rapprocher des chiffres de ZALLA et d'ANGELINI ceux d'ORIANI⁽¹²⁾. Pour cet auteur, le pourcentage total de morts par tuberculose serait de 13,47 p. 100 (par rapport aux décès totaux) : constatations basées tant sur des observations cliniques que sur des résultats d'autopsies. Il cite dans son texte des pourcentages divers (oscillant entre 10,5 p. 100 et 25 p. 100), empruntés à différentes statistiques, mais ne donne aucun renseignement sur les années auxquelles ils se rapportent.

Comme autre document étranger, rappelons encore, en Amérique, le travail de Bernard T. MAC GHEE et George C. BRINK⁽¹³⁾. Nous n'en avons pas eu le texte. D'après l'ana-

(11) Tuberculose et neuro-psychopathies, *Archivio italiano di anatomia ed istologia patologica*, nov.-déc. 1932. Analyse par L. ROUQUIÈS, *Presse médicale*, 8 août 1934, p. 151.

(12) Tubercolosi e malattie mentali (Contributo statistico anatomico-clinico), *Rivista sperimentale di Freniatria e medicina legale delle alienazioni mentali*, Reggio-Emilia, 1932, fasc. II, p. 395.

(13) Une étude de la tuberculose dans les asiles, 89^e Meeting annuel de l'American Psychiatric Association, Boston, 29 mai-2 juin 1933, *The American Journal of Psychiatry*, mars 1934, p. 975-985. Analyse par H. CLAUDE, *L'Encéphale*, juill.-août 1934, p. 501-503.

lyse que nous avons consultée, il semble que, dans les asiles de l'Ontario, la *morbidité* étudiée puisse être arbitrée aux environs de 8 p. 100.

Si l'on veut encore d'autres chiffres étrangers, nous donnerons ceux qui concernent la « Casa de Orates » de Santiago du Chili, que nous avons eu la bonne fortune de trouver dans les rapports qui, parfois, parviennent à l'Asile Saint-Yon par le canal de la Congrégation de Saint-Joseph de Cluny, qui dessert les deux établissements (14).

POPULATION TRAITÉE EN 1926	DÉCÈS TOTAUX	DÉCÈS par TUBERCULOSE	POURCENTAGE DES DÉCÈS par tuberculose par rapport		MORBI- DITÉ TUBERCU- LEUSE (décès compris)	POURCEN- TAGE de la MORBIDITÉ tubercu- leuse par rapport à la population traitée
			aux décès totaux	à la popu- lation traitée		
Hommes... 1418	100	18	18	1,269	69	4,866
Femmes... 1539	70	18	25,71	1,169	48	3,385
TOTAL... 2957	170	36 (15)	21,476	1,217	117	3,956

Le pourcentage de morbidité est intéressant; il paraît sérieux, quand on songe qu'au cours de cette même année 1926 il a été pratiqué 96 radiographies et 394 radiosopies, sans compter de très nombreux examens de laboratoire, d'usage courant dans tous les asiles (16).

b) *Données françaises.*

Parmi les publications françaises récentes à retenir à ce point de vue, une place de premier plan doit être réservée à la thèse de BLUMENFELD citée plus haut, qui donne dans son tableau I le nombre de décès par tuberculose à l'asile de

(14) *Memoria de la Casa de Orates de Santiago correspondiente al año 1926*, Santiago du Chili, mars 1927.

(15) Chiffres confirmés par les résultats positifs d'autopsies.

(16) *Ibid.*, p. 248.

Clermont, de 1923 à 1931 inclus. Nous en avons extrait le tableau suivant complété pour qui concerne les pourcentages:

ANNÉES	POPULATION TRAITÉE	DÉCÈS TOTAUX	DÉCÈS par TUBERCULOSE	POURCENTAGE DES DÉCÈS PAR TUBERCULOSE par rapport	
				aux décès totaux	à la population traitée
1923.....	h. 4.100	439	43	9,35	4,481
	f. 4.228	434	20	45,26	1,628
1924.....	h. 4.122	409	45	13,76	1,336
	f. 4.276	403	19	18,445	1,489
1925.....	h. 4.174	424	14	11,37	1,19
	f. 4.397	453	22	14,379	1,57
1926.....	h. 4.166	425	43	10,4	1,114
	f. 4.383	452	37	24,34	2,675
1927.....	h. 4.202	416	12	10,344	0,998
	f. 4.428	429	43	10,077	0,90
1928.....	h. 4.290	467	20	12	1,55
	f. 4.545	455	45	9,677	0,99
1929.....	h. 4.310	433	23	17,29	1,755
	f. 4.599	444	25	17,73	1,588
1930.....	h. 4.345	425	19	15,2	1,41
	f. 4.675	433	16	12,03	0,955
1931.....	h. 4.484	446	19	13	1,28
	f. 4.790	442	23	16,197	1,28

Au sujet de la morbidité, la thèse sus-visée présente un intérêt moindre : il y a bien le tableau III (p. 67), sur lequel nous reviendrons, et qui — en ne considérant que les tuberculoses en activité et en éliminant les tuberculoses latentes ou cicatricielles, trois fois plus nombreuses — donne, sur 407 malades, 30 tuberculeux, soit 7,37 p. 100; mais l'énorme disproportion des différents malades mentaux — 204 déments précoces pour 4 périodiques et maniaques — ne permet nullement d'en tirer une conclusion pour ce qui concerne la morbidité dans l'établissement de Clermont.

4. — Renseignements tirés des rapports annuels des asiles.

Tous ces chiffres nous paraissent trop fragmentaires et empruntés à des sources trop diverses pour avoir une bien grande valeur. Aussi, bien que nous nous défendions hautement de faire un travail de statistique, nous aurions désiré apporter quelques compléments au tableau de BRIAU.

Dans ce dessein, nous avons pensé puiser à une source officielle; nous voulons parler des Rapports médicaux annuels dont l'établissement est prévu par l'article 63 du Règlement modèle de 1857, et qui doivent être publiés avec le compte rendu moral prévu à l'article 14.

Il est d'usage, pour la plupart des médecins d'asile, de chiffrer au chapitre des décès la léthalité par tuberculose dans leur service. Le chapitre des « maladies incidentes » doit, en principe, contenir des éléments en vue de l'établissement d'une table de morbidité. Il n'est peut-être pas inutile de rappeler que, pour satisfaire aux prescriptions de la Circulaire du 15 juin 1901, les médecins doivent « *fournir des indications détaillées sur les ravages exercés par la tuberculose dans leurs asiles et les remèdes opposés par eux au mal* » (17).

Les diverses manières dont sont actuellement rédigés ces rapports — diversité dont de nombreux auteurs ont signalé les inconvénients — rendent ces documents parfois peu utilisables, et pourtant, comme l'écrivait PARCHAPPE, au début d'un rapport sur les Asiles d'aliénés de la Seine-Inférieure, en 1843 : « En rédigeant ces notices, leurs auteurs doivent se considérer comme comptables envers la science. » (18). Et il ajoutait plus loin cette phrase toujours vraie, plus spécialement pour la question que nous étudions : « Les statistiques peuvent puissamment servir la science et l'humanité en excitant, de province à province, et même de nation à nation, une noble émulation pour le perfectionnement des institutions et des méthodes. » (19).

Malgré les conseils d'échanges réciproques contenus dans la circulaire du 25 juin 1903, nous n'avons trouvé pour les années récentes qu'un fort petit nombre de rapports aux archives de Saint-Yon : en ce qui concerne les pourcentages

(17) *Revue des Etablissements de bienfaisance et d'assistance*, Paris, 1901, p. 227.

(18) DE BOUTTEVILLE et PARCHAPPE, *Notice statistique sur les asiles de la Seine-Inférieure* (juillet 1825 à 1843), Rouen, 1843, p. I.

(19) Id., *ibid.*, p. I et II.

que nous pouvons citer sans donner à ces pages un caractère trop fastidieux, les documents dont nous disposons sont parfaitement suffisants. Nous sommes même loin de les utiliser tous.

Nous avons surtout retenu les asiles où quelques éléments paraissent permettre d'esquisser la situation au sujet de la morbidité. Ils sont rares⁽²⁰⁾.

a) *Mortalité.*

Voici pourtant quelques tableaux de *mortalité* tuberculeuse. Nous les publions après les avoir uniformisés de la façon suivante : Pour la mortalité tuberculeuse, nous avons groupé en un seul nombre les décès attribués à toutes les formes de tuberculose. Pour les pourcentages, nous avons toujours calculé par rapport à la population traitée dans l'année et non à la population présente.

L'intérêt des tableaux que nous établissons nous paraît surtout tenir à ce qu'ils concernent plusieurs années, ce qui diminue l'erreur liée aux variations annuelles.

Nous nous bornerons à quatre départements, en fait pris au hasard.

Aude.

Voici d'abord les données de l'Asile de Limoux — asile privé faisant fonction et appartenant à la Congrégation de Saint-Joseph de Cluny — situé dans une région de « tuberculisation moyenne » (119 décès tuberculeux par 100.000 habitants, en 1930).

Ce tableau révèle, en somme, une mortalité moyenne, honorable même; il s'agit pourtant d'un « asile surpeuplé, trop étroit et déjà très vieux », mais où il faut souligner d'autre part que, « grâce aux judicieux remplois d'argent,

(20) Nous n'avons pas de documents sur les asiles de la Seine. Signalons toutefois que, d'après une source manuscrite de la Direction des Affaires départementales, il y aurait eu, en 1923, dans les asiles de son ressort, 107 tuberculeux justiciables de l'isolement en raison de leur bacillose ouverte. Il va sans dire que ce chiffre infime ne présente pas d'intérêt.

ANNÉES	POPULATION TRAITÉE	DÉCÈS TOTAUX	DÉCÈS par TUBERCULOSE	POURCENTAGE DES DÉCÈS PAR TUBERCULOSE par rapport	
				aux décès totaux	à la population traitée
1925...	1.275	66	8	12,12	0,627
1928...	1.360	99	7	7,07	0,514
1930...	1.438	85	12	14,117	0,83
1931...	1.462	88	13	14,77	0,889
1932...	1.472	80	9	11,25	0,611
1933...	1.478	79	8	10,126	0,54

faits chaque année..., on a vu s'installer ... un confort nouveau à la faveur d'un art administratif qui permet d'apporter aux modestes espoirs d'un prix de journée, ajusté en principe au strict nécessaire, le correctif fréquent d'élégances culinaires et d'ingénieuses charités... » (21).

Eure.

A l'Asile de Navarre (Evreux), chiffres analogues. Notons toutefois que, si l'on compare la mortalité tuberculeuse non

ANNÉES	POPULATION TRAITÉE	DÉCÈS TOTAUX	DÉCÈS par TUBERCULOSE	POURCENTAGE DES DÉCÈS PAR TUBERCULOSE par rapport	
				aux décès totaux	à la population traitée
1926...	1.193	114	12	10,526	1,005
1927...	1.208	108	16	14,81	1,32
1928...	1.221	179	21	11,73	1,71
1929...	1.251	152	19	12,5	1,318
1930...	1.258	101	5	4,95	0,397
1931...	1.013	97	11	11,33	1,085
1932...	1.229	98	18	18,36	1,46
1933...	1.224	99	11	11,11	0,898

plus à la mortalité totale, mais à la population traitée, le pourcentage obtenu fait soupçonner une diffusion assez importante de l'infection.

(21) Dr PIQUEMAL *Rapport médical*, année 1931, p. 23.

Loiret.

Voici, d'autre part, le tableau de Fleury-les-Aubrais, établissement assez récent, avec bonne disposition des locaux, et où une alimentation très rationnelle serait distribuée aux malades.

ANNÉES	POPULATION TRAITÉE	DÉCÈS TOTAUX	DÉCÈS par TUBERCULOSE	POURCENTAGE DES DÉCÈS PAR TUBERCULOSE par rapport	
				aux décès totaux	à la population traitée
1927...	1.341	126	8	6,33	0,61
1928...	1.316	96	6	6,25	0,45
1929...	1.332	97	5	5,15	0,37
1930...	1.399	86	10	11,74	0,714
1932...	1.429	92	7	7,60	0,499
1933...	1.418	92	3	3,26	0,214

Chiffres, on le voit, assez encourageants et au-dessous de la moyenne. Sans doute, comme l'écrivent les Docteurs BÉCUE et MÉZIE, « les conditions dans lesquelles nous pouvons isoler et traiter les malades atteints de... [tuberculose] sont suffisantes pour ne pas faire craindre l'extension de cette maladie parmi la population hospitalière » (22). Mais les résultats si favorables sont, à n'en pas douter, en rapport avec la bonne salubrité générale de l'établissement.

Nièvre.

Le dernier tableau de mortalité seule concerne l'Asile de La Charité-sur-Loire : nous le publions parce qu'il paraît souligner l'amélioration rapide de la situation au point de vue qui nous occupe lorsque la salubrité générale est en progrès.

Ainsi, en quelques années, la mortalité tombe de moitié, comme le souligne le Docteur SCHÜTZENBERGER, dans son rap-

(22) *Rapport médical*, 1927, p. 90.

port de 1934 ⁽²³⁾. Il est tentant d'y voir l'effet des sages mesures d'hygiène générale (construction d'égouts, aménagement sanitaire, modernisation de pavillons, etc.), réalisées sous l'inspiration des Docteurs BEAUSSART et SCHÜTZENBERGER. Mais l'asile n'est pas encore entièrement transformé. La situation sera sans doute meilleure encore lorsque le Docteur LE GUILLANT ne pourra plus écrire : « Dans de pareils locaux, au reste, beaucoup de soins demeurent vains ou même impossibles à donner. » ⁽²⁴⁾.

ANNÉES	POPULATION TRAITÉE	DÉCÈS TOTAUX	DÉCÈS par TUBERCULOSE	POURCENTAGE DES DÉCÈS PAR TUBERCULOSE par rapport	
				aux décès totaux	à la population traitée
1929...	911	123	30	24,39	3,29
1930...	1.038	139	26	18,70	2,437
1931...	1.078	124	41	8,87	1,02
1933...	1.130	130	13	10	1,239

b) *Mortalité et morbidité.*

Voici maintenant le résultat du dépouillement des rapports de quelques asiles qui, par le canal indirect du chapitre des maladies intercurrentes ⁽²⁵⁾, nous ont permis de jeter un regard sur la morbidité tuberculeuse, — seulement un regard puisqu'il n'est pas certain que les tableaux de maladies incidentes comprennent, outre les tuberculoses découvertes dans l'année, celles en traitement au début de l'année et non décédées au cours de cette dernière.

Nos tableaux sont discontinus quant à la morbidité, car il est des années où le rapport ne chiffre pas les maladies intercurrentes. Nous y faisons figurer les données relatives à la mortalité.

(23) Dr SCHÜTZENBERGER, *Rapport médical*, 1931, p. 94.

(24) Dr LE GUILLANT, *Rapport médical*, 1933, p. 44.

(25) Nous avons réuni en un seul nombre tous les cas de tuberculose, quelle qu'en soit la forme (pulmonaire, cutanée, osseuse, etc.).

Landes :

ANNÉES	POPULATION TRAITÉE	DÉCÈS TOTAUX	DÉCÈS par TUBERCULOSE	POURCENTAGE DES DÉCÈS PAR TUBERCULOSE PAR RAPPORT		MORBIDITÉ TUBERCULEUSE (décès compris)	POURCENTAGE de la MORBIDITÉ tuberculeuse par rapport à la population traitée
				aux décès totaux	à la population traitée		
1922..	602	58	10	17,24	1,66	11	1,827
1928..	583	45	8	17,77	1,37	19	3,238
1930..	594	40	1/5 des décès	20 ?	1,33 ?	env. 19	env. 3
1931..	613	44	1/5 des décès	20 ?	1,30 ?	env. 19	env. 3
1932..	622	66	9	13,63	1,44	21	3,376
1933..	620	67	12	17,90	1,935	20	3,225

Mayenne :

ANNÉES	POPULATION TRAITÉE	DÉCÈS TOTAUX	DÉCÈS par TUBERCULOSE	POURCENTAGE DES DÉCÈS PAR TUBERCULOSE PAR RAPPORT		MORBIDITÉ TUBERCULEUSE (décès compris)	POURCENTAGE de la MORBIDITÉ tuberculeuse par rapport à la population traitée
				aux décès totaux	à la population traitée		
1925..	728	40	2	5	0,274	11	1,51
1927..	740	58	12	20,68	1,62	28	3,78
1929..	734	55	4	7,272	0,544	6	0,817
1932..	770	45	4	8,88	0,519	7	0,909

Morbihan :

ANNÉES	POPULATION TRAITÉE	DÉCÈS TOTAUX	DÉCÈS par TUBERCULOSE	POURCENTAGE DES DÉCÈS PAR TUBERCULOSE PAR RAPPORT		MORBIDITÉ TUBERCULEUSE (décès compris)	POURCENTAGE de la MORBIDITÉ tuberculeuse par rapport à la population traitée
				aux décès totaux	à la population traitée		
1927..	1.334	93	22	23,65	1,628	48	3,55
1928..	1.461	163	46	27,87	3,15	62	4,24
1929..	1.445	119	27	22,689	1,868	41	2,837
1930..	1.426	90	15	16,66	1,05	?	?
1931..	1.459	106	18	17	1,23	33	2,26
1932..	1.530	130	22	17	1,42	31	2
1933..			18			30	
1934..			19			52	

Chiffres intéressants à relever, car il s'agit là du département le plus tuberculisé (ou presque) de France (269 décès tuberculeux pour 100.000 habitants).

Le Docteur SALOMON nous a fait judicieusement remarquer que la morbidité ainsi établie pour son asile était sensiblement inférieure à la morbidité réelle, puisque, pour obtenir celle-ci avec précision, il faudrait, aux décès tuberculeux et aux maladies incidentes tuberculeuses admises à l'infirmerie, adjoindre le nombre des bacillaires en traitement au début de l'année et non décédés au cours de celle-ci et qui ne figure pas dans les rapports.

Bas-Rhin : Rouffach (services des femmes) :

ANNÉES	POPULATION TRAITÉE	DÉCÈS TOTAUX	DÉCÈS par TUBERCULOSE	POURCENTAGE DES DÉCÈS PAR TUBERCULOSE PAR RAPPORT		MORBIDITÉ TUBERCULEUSE (décès compris)	POURCENTAGE de la MORBIDITÉ tuberculeuse par rapport à la population traitée
				aux décès totaux	à la population traitée		
1924..	812	65	19	29,23	2,34	35	4,31
1926..	814	40	13	32,5	1,597	37	4,545
1927..	840	66	19	28,78	2,26	27	3,214
1928..	809	54	14	25,925	1,73	?	?
1929..	820	50	9	18	1,1	?	?
1930..	852	50	12	24	1,408	?	?

Sarthe :

ANNÉES	POPULATION TRAITÉE	DÉCÈS TOTAUX	DÉCÈS par TUBERCULOSE	POURCENTAGE DES DÉCÈS PAR TUBERCULOSE PAR RAPPORT		MORBIDITÉ TUBERCULEUSE (décès compris)	POURCENTAGE de la MORBIDITÉ tuberculeuse par rapport à la population traitée
				aux décès totaux	à la population traitée		
1926..		45	11	24,44		24	
1929..	885	58	9	15,517	1,016	17	1,92
1930..	904	52	8	15,346	0,884	20	2,212

D'après ces chiffres, la morbidité paraîtrait osciller autour de 2 à 4 p. 100 de la population traitée.

Jura :

Voici maintenant des chiffres concernant l'Asile de Saint-Ylie, et plus particulièrement le service femmes du Docteur DESRUELLES :

ANNÉES	POPULATION TRAITÉE	DÉCÈS TOTAUX	DÉCÈS par TUBERCULOSE	POURCENTAGE DES DÉCÈS PAR TUBERCULOSE PAR RAPPORT		MORBIDITÉ TUBERCULEUSE (décès compris)	POURCENTAGE de la MORBIDITÉ tuberculeuse par rapport à la population traitée
				aux décès totaux	à la population traitée		
1926..	719	68	12	17,64	1,67	68	9,43
1927..	736	67	22	32,83	2,96	106	14,4
1928..	776	103	30	29,12	3,86	146	18,81
1929..	751	93	28	30,107	3,728	161	21,438
1930..	755	76	27	35,52	3,57	172	22,78
1931..	774	82	34	41,5	4,39	179	23,1
1932..	797	79	21	26,58	2,634	91	11,5
1933..	798	55	18	32,7	2,25	88	11,02
1934..	792	44	16	36,3	2,02	88	11,11

Ces chiffres de morbidité tuberculeuse — établis en additionnant, pour une année donnée, les décès tuberculeux et les tuberculeux présents au 31 décembre — surprennent. Il paraît difficile d'admettre une telle disproportion avec les autres asiles. Il y a tout lieu de penser que, si les chiffres de DESRUELLES sont un peu élevés, tous les autres sont trop bas. Il faut souligner avec quel soin DESRUELLES s'est efforcé de dépister⁽²⁶⁾ la tuberculose, soit parmi les entrées, soit parmi les malades traitées. On ne saurait trop l'en féliciter. Nous estimons qu'à l'Asile, il vaut mieux mettre des suspects dans le groupe des tuberculeux et les surveiller comme tels que d'ignorer une tuberculose véritable.

A l'égard des chiffres de morbidité, on pourrait toutefois se demander si, en l'absence de critère radiologique, certains cas étiquetés tuberculose sont effectivement des tuber-

(26) « Augmentation plus apparente que réelle », dit-il.

culoses-maladies. La question peut se poser pour une part appréciable des tuberculoses « peu graves, non ouvertes, non bacillifères, fibreuses, etc. » : 74 en 1929⁽²⁷⁾, 94 en 1930⁽²⁸⁾, 96 en 1931⁽²⁹⁾, à propos desquelles DESRUELLES écrit dans le rapport de 1934⁽³⁰⁾ : « Un très grand nombre de ces malades ont des tuberculoses sclérosées fibreuses, et leur maladie est sinon guérie, du moins latente. »

Par ailleurs, on note parmi les causes de décès le diagnostic de « cachexie tuberculeuse », terme nécessaire sans doute, mais qui pourrait comprendre quelques incertitudes.

Répétons-le : si DESRUELLES paraît pêcher par excès, combien pêchent par défaut !

Quoi qu'il en soit, les rapports de DESRUELLES sont éminemment instructifs, car on y sent un auteur qui s'est occupé sérieusement de cette question, et au point de vue pratique, non sans succès.

Seine-Inférieure.

Nous publions maintenant les chiffres qui concernent la Seine-Inférieure, les donnant aussi à titre documentaire. Nous avons assisté à l'établissement des tout derniers, et nous sommes, comme nos Maîtres auxquels nous les empruntons, le premier à reconnaître que nous n'avons pas le droit de leur attribuer plus de valeur qu'à ceux qui précèdent. Mais ce que nous pouvons écrire, c'est que, s'ils pêchent par insuffisance, — et cela ne fait pas de doute — les cas mentionnés sont indiscutables, presque tous étant assis sur une constatation bacilloscopique, pour ce qui concerne la tuberculose pulmonaire tout au moins⁽³¹⁾.

(27) *Rapport médical*, 1929, p. 32.

(28) *Rapport médical*, 1930, p. 39.

(29) *Rapport médical*, 1931, p. 40.

(30) *Rapport médical*, 1934, p. 31.

(31) Faut-il dire que, de 1835 à 1843, sur 520 décès, PARCCHAPPE en avait attribué 42 à la phthisie pulmonaire ? Ce pourcentage n'est pas tellement éloigné des chiffres contemporains.

Quatre-Mares :

ANNÉES	POPULATION TRAITÉE	DÉCÈS TOTAUX	DÉCÈS par TUBERCULOSE	POURCENTAGE DES DÉCÈS PAR TUBERCULOSE PAR RAPPORT		MORBIDITÉ TUBERCULEUSE (décès compris)	POURCENTAGE de la MORBIDITÉ tuberculeuse par rapport à la population traitée
				aux décès totaux	à la population traitée		
1926...	914	95	13	13,684	1,42	31	3,39
1927...	869	97	12	12,37	1,38	28	3,22
1928...	883	103	25	23,8	2,824	40	4,52
1929...	900	83	14	16,86	1,533	23	2,777
1930...	900	59	10	16,95	1,411	35	3,888
1931...	970	83	16	19,277	1,63	30	3,09
1932...	979	72	15	20,833	1,53	35	3,57
1933...	1.029	80	17	21,25	1,63		
1934 ⁽³²⁾	906	49	4	8,16	0,44	17	1,87

Saint-Yon :

ANNÉES	POPULATION TRAITÉE	DÉCÈS TOTAUX	DÉCÈS par TUBERCULOSE	POURCENTAGE DES DÉCÈS PAR TUBERCULOSE PAR RAPPORT		MORBIDITÉ TUBERCULEUSE (décès compris)	POURCENTAGE de la MORBIDITÉ tuberculeuse par rapport à la population traitée
				aux décès totaux	à la population traitée		
1922..	1.460	97	11	11,34	0,753	20	1,37
1923..	1.321	97	9	9,278	0,59	16	1,03
1924..	1.568	114	7	6,14	0,446	10	0,637
1925..	1.542	102	13	12,745	0,843	26	1,686
1926..	1.549	121	14	11,57	0,903	27	1,74
1927..	1.588	105	11	10,476	0,69	30	1,9
1928..	1.607	121	15	12,39	0,93	38	2,36
1929..	1.590	109	11	10,09	0,69	34	2,138
1930..	1.590	108	14	12,96	0,88	35	2,2
1931..	1.626	109	11	10,09	0,676	34	2,09
1932..	1.639	87	8	9,18	0,488	34	2,07
1933..	1.672	104	8	7,69	0,478	33	1,973
1934..	1.706	104	8	7,7	0,46	16	0,93

3. — Remarques sur la valeur des chiffres de morbidité.

Nous n'avons donc pas comblé la lacune que déplorait BRIAU. Sans doute, les chiffres rassemblés donnent en général une morbidité de l'ordre de 3 p. 100 de la population

(32) Chiffres concernant seulement les malades du régime commun.

traitée : mais nos chiffres ne sont pas plus solidement établis que ceux de nos devanciers. N'en soyons pas étonné. Les phthisiologues eux-mêmes renoncent — même dans les pays de déclaration obligatoire — à tenter de connaître la morbidité tuberculeuse dans la population. Par approximation, en se basant sur la statistique des dispensaires, on admet en général que la morbidité est « de 5 à 7 fois supérieure au chiffre de la mortalité ».

Les chiffres des asiles sont très loin d'une semblable proportion. Faut-il voir là une infirmation de la théorie courante selon laquelle la tuberculose évoluerait lentement chez l'aliéné ? Nous ne nous permettrons pas de l'affirmer, d'autant que nous sommes persuadé qu'un dépistage plus poussé, mais entouré de garantie (radio, etc.), donnerait au moins une morbidité tuberculeuse de 5 à 6 p. 100 de la population traitée.

III

Comparaison avec la situation en France.

Conclusion d'ensemble.

Dans l'ignorance où nous sommes de la morbidité tuberculeuse générale, la comparaison avec la situation générale ne peut donc s'établir que pour les chiffres de mortalité. Ramenés à 100.000 habitants :

$$\frac{\text{nombre de décès tuberculeux} \times 100.000}{\text{population traitée}}$$

le chiffre des décès tuberculeux est, dans les asiles, de 5 à 9 fois plus élevé que dans la population ordinaire.

Mais si le rapport $\frac{\text{décès tuberculeux} \times 100}{\text{population traitée}}$ nous paraît objectiver la diffusion de la tuberculose dans l'asile donné — et dans les asiles entre eux — il ne semble nullement, rapporté à 100.000, pouvoir être comparé pragmatiquement à ce pourcentage dans la population générale : la situation est trop différente.

Toutefois, à titre d'exemple, nous publions le tableau suivant concernant les départements cités, pour l'année 1930 :

DÉPARTEMENTS	DÉCÈS TUBERCULEUX à l'Asile ramenés à 100.000 de population traitée	DÉCÈS TUBERCULEUX dans la population générale pour 100.000 habitants	RAPPORT DÉCÈS TUBERCULEUX à l'Asile. Décès tubercu- leux, population générale.	OBSERVA- TIONS
Aude	834	119	7	Service femmes.
Jura	3.576	140	25,5	
Landes	134	63	2	
Loiret	714	116	6,7	
Morbihan	1.051	269	3,9	Service femmes.
Nièvre	2.457	153	16	
Bas-Rhin	1.432	149	9,6	
Sarthe	884	147	6	
Seine-Infér ^{re} ...	963	218	4,4	Moyenne. St-Yon, Qua- tre-Mares.

Il nous paraît beaucoup plus raisonnable de comparer le rapport $\frac{\text{décès tuberculeux} \times 100}{\text{décès totaux}}$, dans les asiles et dans la population générale. Ce dernier est, en France, d'après les déclarations, de l'ordre de 12. Or, dans 52 asiles ou services, sur 73 il est inférieur à 15; dans 59, inférieur à 20.

Que conclure, si ce n'est que, dans la population spéciale que constitue un asile d'aliénés, la mortalité est incomparablement plus élevée que dans le reste de la population, et, avec elle, la morbidité tuberculeuse; mais que cette dernière, toutefois, n'est multipliée que par un coefficient assez voisin de celui qui multiplie les autres causes de décès réunies.

Cette conclusion — pour autant qu'il soit possible de déduire quelque vérité de l'examen des chiffres..., et il nous arrive d'en douter... la sagesse des nations ne fait-elle pas de la statistique une des formes du mensonge ? — est, malgré tout, réconfortante, et tout à l'honneur des médecins d'asile.

CHAPITRE III

FREQUENCE DE LA TUBERCULOSE SELON LES PRINCIPAUX SYNDROMES MENTAUX

I

On conçoit l'intérêt de cette question :

— pour, d'une part, veiller particulièrement sur les malades et les quartiers de classement les plus habituellement frappés par la tuberculose;

— pour, d'autre part, prévoir la proportion des diverses catégories de malades auxquels devront être adaptés les locaux d'isolement et de traitement des aliénés tuberculeux.

II

Le chapitre historique sur les rapports de la démence précoce et de la tuberculose nous a rappelé quelle était la catégorie qui figure en général en tête. Voyons à chiffrer cette suprématie et à établir une hiérarchie.

1. — Chiffres empruntés aux publications scientifiques.

a) *Etrangères.*

CLOUSTON écrivait déjà, en 1864 :

« La monomanie de défiance est la forme d'aliénation dans laquelle la tuberculisation se montre le plus fréquemment, et la

paralysie générale se tient à l'autre extrémité de l'échelle indiquant la fréquence de... [la tuberculose] dans les autres variétés de folie; la manie vient après la paralysie générale sous ce rapport, comme de l'autre côté la mélancolie vient après la monomanie de suspicion. » (1).

Les chiffres suivants ne démentiront pas totalement — en tenant compte des variations de la nosologie — ce sagace observateur. Ils seront d'ailleurs peu nombreux. Nos sources sont les mêmes que celles citées plus haut.

ZALLA, au cours de ses 1.023 autopsies, a relevé :

- 171 cas de tuberculose sur 252 déments précoces décédés;
- 33 cas de tuberculose sur 123 épileptiques;
- 8 cas de tuberculose sur 115 confus;
- 10 cas de tuberculose sur 161 paralytiques généraux (2).

ANGELINI, sur 163 autopsies des groupes II à VI (allant du foyer fibreux cicatriciel ancien à centre caséux à la tuberculose rapidement mortelle), donne les proportions suivantes:

- Hébéphrénocatatoniques, 68,75 p. 100;
- Schizophréniques avec syndrome paranoïde, 87,5 p. 100;
- Maniaques, 85,71 p. 100.

Pourcentages plus faibles pour : éthylisme chronique, syndromes dysthymiques et mélancoliques, cérébropathies infantiles, paralysie progressive et cérébropathies séniles.

Et, pour les groupes V et VI seuls, les pourcentages pour les lésions mortelles sont les suivants :

- Hébéphrénie et hébéphrénocatatonie, 40,6 p. 100;
- Schizophrénie, 37,5 p. 100;
- Ethylisme, 36,8 p. 100;
- Psychoses circulaires, 28,5 p. 100;
- Mélancolie, 26,6 p. 100;
- Manie, 22,2 p. 100;

(1) *Ann. méd.-psych.*, 4^e série, t. IV, 1864, p. 89.

(2) Cf. *L'Encéphale*, 1923, p. 410 (analyse).

(3) Cf. *Presse médicale*, 8 août 1934, p. 151 (analyse).

Cérébropathies infantiles, 22,2 p. 100;

Cérébropathies séniles, 4,9 p. 100;

Paralysie progressive, 6,4 p. 100 (3).

Les tableaux publiés par ORIANI (4), intéressants notamment parce qu'ils considèrent l'âge à la mort et la durée du séjour à l'asile, nous ont permis — au point de vue des pourcentages par rapport aux décès totaux dans le syndrome envisagé —, de relever les chiffres suivants :

DIAGNOSTIC MENTAL	NOMBRE DE CAS de tuberculose	POURCENTAGE DES CAS reconnus tuber- culeux dans chaque catégorie de malades
Syndr. hétébéphrénocatatonique	386	45,75
Cérébropathies infantiles.....	7	28,50
Syndromes paranoïdes.....	71	25,35
Épilepsie	129	15,50
Psychoses circulaires.....	7	14,28
Syndr. psychiques pellagriques.....	100	11
Syndr. mélancolique d'involution.....	139	10,78
Alcoolisme chronique.....	216	8,78
Imbécillité	64	6,22
Syndromes démentiels.....	50	4
Cérébropathies séniles et préséniles.....	413	2,17
Paralysie progressive	195	2,05
Syndrome mélancolique.....	26	—
Syndrome maniaque.....	32	—

Chiffres correspondant à trente années de mortalité (284 décès par tuberculose sur 1.835 décès totaux) à l'Asile de San-Servolo, dans la province de Venise. Ils sont, par certains points, curieux et difficilement interprétables (notamment en raison de la grande disproportion numérique des différents syndromes).

Citons encore les chiffres cliniques de Bernard T. MAC GHE et George C. BRINK, trouvés dans les Asiles de l'Ontario (5) :

(4) *Rivista Sperimentale di Freniatria*..., p. 392-417. (Tabella n° 1.)

(5) Cf. *L'Encéphale*, juill.-août 1934, p. 501-503 (analyse).

DIAGNOSTIC MENTAL	NOMBRE DE CAS de tuberculose	POURCENTAGE DES CAS reconnus tuber- culeux dans chaque catégorie de malades
Démence précoce.....	89	47,85
États paranoïdes.....	36	19,35
États maniaco-dépressifs.....	19	10,2
Déficience mentale.....	13	6,98
Paralyse générale.....	8	4,3
Psychoses toxiques.....	4	2,15
Psychoses séniles.....	4	2,15
Épilepsie.....	3	1,61
Mélancolie.....	2	1,07
Psychoses anémiques.....	1	0,53
Psychonévroses.....	1	0,53
Sans diagnostic.....	6	2,22

b) *Françaises.*

En France, nous avons les publications de BLUMENFELD, et en particulier son tableau II (p. 42) :

Répartition de décès par tuberculose de 1923 à 1931
sur les différentes maladies mentales.

MALADIES MENTALES	NOMBRE DE DÉCÈS par tuberculose	POURCENTAGE
Confusion mentale.....	4	1,1
Démence sénile.....	8	2,3
Manie simple.....	8	2,3
Psychose périodique.....	8	2,3
Alcoolisme chronique.....	9	2,6
Paralyse générale.....	12	3,5
Imbécillité et idiotie.....	18	5,3
Épilepsie.....	22	6,5
Syndromes mélancoliques.....	24	7,1
Débilité et dégénérescence mentales.....	44	13
Délires chroniques systématisés.....	55	16,2
Démence précoce.....	92	27,2
Divers.....	34	10,1

Nous y ajoutons un abrégé de son tableau III (p. 67) :

Fréquence clinique de la tuberculose chez 407 malades
examinés à l'Asile de Clermont.

MALADIES MENTALES	NOMBRE DE MALADES examinés	NOMBRE DE MALADES TUBERCULEUX		
		Tuberculose en activité	Tuberculose latente ou cicatricielle	Total
Démence précoce.....	204	22	68	90
Epilepsie	52	2	14	16
Paralysie générale.....	44	2	4	6
Syndromes mélancoliques...	52	3	10	13
Délir ^{es} chroniq. systématisés.	31	0	7	7
Alcoolisme chronique.....	20	0	3	3
Manie simple.....	2	1	0	1
Psychose périodique.....	2	0	1	1

Les chiffres de la deuxième colonne ont seuls un intérêt ici. Manie et psychose périodique figurent par trop peu d'éléments pour donner des chiffres utilisables.

2. — Chiffres empruntés aux rapports annuels.

Nous pouvons compléter ces données par l'examen des rapports des Docteurs DESRUELLES (Saint-Ylie) et PRINCE et JABOUILLE (Rouffach). Mais les documents de ce genre sont rares : d'ordinaire les causes de décès sont simplement classées par mois.

Pour le service du Docteur DESRUELLES, et pendant une période de huit années — 1926 à 1933 — il y eut 192 décès par tuberculose, se répartissant ainsi au point de vue des formes mentales :

Démence précoce, 58;
Délire systématisé, 40;
Mélancolie, 20;
Idiotie, etc., 19;
Manie, 18;
Epilepsie, 14;
Confusion mentale, 8;

Démence sénile, 3;
Ethylisme, 1;
Encéphalite, 1.

A l'Asile de Rouffach, et pendant une période de six années — 1924, 1926, 1927, 1928, 1929 et 1930 — les 86 décès par tuberculose se répartissent ainsi au point de vue des formes mentales :

Démence précoce, 21;
Dégénérescence mentale, 16;
Débilité mentale, 14;
Mélancolie, 10;
Confusion mentale, 8;
Epilepsie, 7;
Démence sénile, 3;
Psychose hallucinatoire chronique, 3;
Folie à double forme, 2;
Démence vésanique, 1;
Ethylisme, 1.

3. — Quelques réflexions au sujet de ces pourcentages.

Il est difficile de tirer une conclusion précise de ces éléments. Mais il s'en dégage une idée générale : le faible nombre des malades, curables mentalement, atteints de tuberculose; le petit nombre des grands agités; mais aussi le chiffre élevé de ceux qui ont besoin d'isolement, d'une surveillance attentive, et dont le comportement est essentiellement variable.

a) *Tuberculose et démence précoce.*

Nous n'avons pas à revenir sur la fréquence de la tuberculose des déments précoces. Nous avons vu précédemment que la tendance scientifique actuelle permet, sans grosse cause d'erreur, d'attribuer la tuberculose-maladie d'une partie des sujets à l'étiologie commune des deux ordres de symptômes.

Quelques réflexions sur la tuberculose dans les autres groupes de troubles mentaux nous paraissent justifiées.

b) *Tuberculose du groupe de la mélancolie, de la manie et de la psychose périodique.*

Un point curieux mériterait d'être analysé : les auteurs anciens plaçaient assez haut dans l'échelle des fréquences la lypémanie. On reste étonné de voir la mélancolie qui en est l'héritière dans notre nosologie actuelle occuper une place toute différente. Il nous a semblé à la lecture de quelques observations des auteurs susvisés qu'il faut voir là surtout une conséquence d'un démembrement de la lypémanie. Bien des cas étiquetés de la sorte répondraient aujourd'hui au groupe des schizophrénies. Au demeurant, les chiffres sont encore élevés.

Les auteurs n'ont pas été sans proposer des explications pour les justifier. C'est ainsi que ROLET et ROUYER cherchent à expliquer la fréquence de la tuberculose chez les mélancoliques — et que nous contestons d'ailleurs, sauf peut-être pour les états mélancoliques chroniques — par le « syndrome de Marcé ».

Il convient d'ailleurs de remarquer d'emblée que ce « syndrome », si tant est qu'il existe, semble devoir plutôt être le fait de la stupeur catatonique. Le voici, tel que le décrit ROUYER :

« A l'état physiologique, ... il existe entre le nombre des pulsations et le nombre des respirations un rapport parfaitement déterminé... Or, en examinant chez les mélancoliques en état de stupeur le pouls et la respiration et en comparant leur rapport au rapport normal, on constate de la manière la plus évidente que lorsque la stupeur est profonde, le nombre des respirations relativement au nombre des pulsations est de beaucoup inférieur à la moyenne physiologique » (6), d'où stase pulmonaire.

Il paraît, selon les auteurs, qu'il y a là un état éminemment favorable, pour employer une expression de l'époque, à une « germination » tuberculeuse.

Notre compétence ne nous permet pas d'infirmier ce fait,

(6) Thèse, p. 38.

mais nous n'hésiterons nullement à proclamer notre doute. Pour nous couvrir, nous ajouterons que les phthisiologues auxquels nous avons soumis cette conception « mécanique » ont toujours souri.

Il y a certes des facteurs individuels dans la tuberculisation; mais ils sont autrement complexes, et si les faits cliniques susvisés sont exacts, il leur faut une autre explication.

c) *Epilepsie.*

Pour ce qui concerne l'épilepsie, les pourcentages ont varié avec le temps. Ils paraissent occuper un rang moins que moyen, situation que CLAUDE, avec SCHOEFFER, avait déjà signalée au Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France, à Lille, en 1906. Morbidité faible, mortalité tuberculeuse de 4,8 sur 100 décès chez les épileptiques de la Salpêtrière; et pourtant, disaient ces auteurs :

« Les sujets que nous avons examinés sont des femmes logées dans des bâtiments pour la plupart fort anciens, couchant dans des dortoirs encombrés, pourvus de petites fenêtres... L'alimentation est peu copieuse et souvent grossière. » (7).

Nous sommes loin des chiffres de BALLARD (8), qui, dans le service des épileptiques, de Bourneville, relève une mortalité tuberculeuse de 41 sur 233 décès.

Il paraît donc y avoir une certaine opposition entre les deux affections.

d) *Alcoolisme.*

Peu d'alcooliques, également, meurent de tuberculose : les faits sont là; nous avons dit plus haut (cf. p. 29) ce qu'il fallait penser des rapports de la tuberculose et de l'éthylisme. Cela n'est donc point pour surprendre outre mesure. Tuber-

(7) CLAUDE et SCHOEFFER, *La tuberculose chez les épileptiques hospitalisés*, séance du 4 août 1906 du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France, 1^{er}-8 août 1906, p. 269.

(8) *Comment meurent les épileptiques*, thèse Paris, 1898, n° 584.

culose et éthylisme sont des dangers différents. Il faut le savoir et l'accepter. Quoi qu'en dise ROUYER, ce n'est pas particulièrement dans ce groupe qu'il convient, à l'asile, de chercher les tuberculeux.

e) *Arriérés*

La mortalité tuberculeuse du groupe des « oligophrènes » n'est pas non plus sans appeler de curieuses réflexions : leur fragilité est un dogme qui, bien que justifié dans l'ensemble, soulève quelques réserves : si, dans l'enfance, la tuberculose frappe abondamment les arriérés, il semble bien que, parvenus à un âge plus avancé, ils acquièrent une relative résistance.

f) *Paralysie générale.*

Sans vouloir passer en revue toutes les grandes catégories mentales ni même les principales, redisons la rareté de la tuberculose chez les paralytiques généraux. Mais émettons des doutes pour l'avenir... Avec les thérapeutiques actuelles, on arrive désormais à une consolidation de l'état physique... peut-être un certain nombre de paralytiques généraux vont-ils être obligés de mourir d'autre chose !

g) *Démence sénile.*

Pour les déments séniles, soulignons seulement, comme nous l'avons fait aux « Généralités », la fréquence le plus souvent insoupçonnée d'une tuberculose ouverte et évolutive fort compatible avec une apparence de santé physique : c'est, sans doute, par un examen attentif de tels malades que l'on relèverait utilement les chiffres de morbidité tuberculeuse.

h) *Séquelles de l'encéphalite.*

En outre, rappelons qu'il est d'usage de dire que les Parkinsoniens encéphalitiques meurent souvent, à la longue, de

tuberculose. Toutefois, nous n'avons pas trouvé dans la littérature asilaire et psychiatrique d'exemples nombreux à l'appui de cette conception. Nous pensons cependant qu'au cours d'un dépistage sérieux, on ne doit pas manquer d'examiner avec cette idée préconçue les parkinsoniens d'un service.

i) *Délire chronique.*

Il nous reste à parler des délirants chroniques. Pour eux, les chiffres sont en général assez bas. Mais nous serions tenté de voir dans la proportion des tuberculeux de cette catégorie mentale, pour un établissement donné, une image assez fidèle des conditions plus ou moins propices au développement de la tuberculose dans cet asile. En effet, il ne paraît pas y avoir pour cette catégorie mentale de prédisposition individuelle particulière à une tuberculose-maladie; de plus, ces malades font un séjour prolongé à l'asile; il est assez vraisemblable de voir (sauf réaction délirante particulière) dans leur tuberculisation une influence directe de leurs conditions d'hospitalisation.

III

Projet de tableau statistique.

Au terme de cette étude sur les données numériques concernant la tuberculose dans les asiles d'aliénés, sa fréquence selon les syndromes mentaux, et sans vouloir, une fois de plus, faire la critique des chiffres que nous apportons, nous ne pouvons pas ne pas dire notre regret de ne pas avoir trouvé en général dans les rapports annuels tous les documents que nous avions espéré y rencontrer.

L'Amicale des médecins d'asile, sur l'initiative des Docteurs DESRUELLES et SCHÜTZENBERGER, s'efforce de tenter l'uniformisation de la présentation des rapports par la mise au point de divers tableaux.

En ce qui concerne la tuberculose, nous référant au texte cité plus haut de la circulaire du 13 juin 1901, nous nous permettons de proposer à la discussion le projet de tableau ci-joint.

Sa nomenclature psychiatrique est celle du Congrès de Lyon, modifiée par Th. SIMON et M. DESRUELLES, acceptée par la Société médicale de la Seine et l'Amicale (27 octobre 1935) (9).

Il nous a semblé que seule la distinction en tuberculose présumée et tuberculose confirmée (10) permettrait d'avoir une notion exacte de la situation réelle de la tuberculose dans les divers établissements.

La comparaison par catégorie mentale des décès tuberculeux et des tuberculoses traitées résoudrait peut-être le problème controversé de la durée d'évolution de la tuberculose chez l'aliéné.

La date du diagnostic de l'affection, en fonction de la durée d'internement, aiderait aussi, semble-t-il, à déterminer l'influence du séjour à l'asile du point de vue de la tuberculisation.

Ce projet de tableau, fruit de nos réflexions, doit être amélioré par la collaboration de ceux que la question intéresserait. Nous ne le publions, d'accord avec M. DESRUELLES, que dans ce seul but.

Afin que ce cadre paraisse plus vivant, M. DESRUELLES a bien voulu nous le remplir avec les chiffres de son service. Qu'il nous permette de le remercier ici tout spécialement.

(9) Nous remercions vivement MM. Th. SIMON et M. DESRUELLES qui nous ont aimablement communiqué cette nomenclature encore inédite.

(10) Il est assez difficile, nous le reconnaissons, de définir avec précision ce que nous entendons par « confirmée » et « probable ». Pourtant, en se référant, en matière de tuberculose pulmonaire, au critère de RIST, le coefficient d'interprétation personnelle, bien qu'indiscutable, ne doit intervenir que faiblement.

ANNÉE 1934. (SERVICE M. DESRUELLES.)

Tuberculoses	confirmées	} ayant causé le décès....
	probables	
Tuberculoses	confirmées	} traitées dans l'année (dé- cès compris).....
	probables	
I. - États d'arriération mentale.....	Nombre de tuberculoses	} traitées dans l'année. ayant causé le décès....
II. - États de déséquilibre constitutionnels..	Nombre de tuberculoses	} traitées dans l'année. ayant causé le décès....
III. - Psychonévroses	Nombre de tuberculoses	} traitées dans l'année. ayant causé le décès....
IV. - Psychoses maniaques et dépressives	État maniaque.....	} Nombre de tuberculoses traitées dans l'année. ayant causé le décès....
	État mélancolique.....	} Nombre de tuberculoses traitées dans l'année. ayant causé le décès....
	Folie à double forme.....	} Nombre de tuberculoses traitées dans l'année. ayant causé le décès....
V. - Délirés.	États délirants aigus.....	} Nombre de tuberculoses traitées dans l'année. ayant causé le décès....
	Délirés chroniques.....	} Nombre de tuberculoses traitées dans l'année. ayant causé le décès....
VI. - Démences précoces.....	Nombre de tuberculoses	} traitées dans l'année. ayant causé le décès....
VII. - Confusions mentales aiguës.....	Nombre de tuberculoses	} traitées dans l'année. ayant causé le décès....
VIII. - Intoxications	Alcoolisme	} Nombre de tuberculoses traitées dans l'année. ayant causé le décès....
	Autres intoxications.....	} Nombre de tuberculoses traitées dans l'année. ayant causé le décès....
IX. - Psychopathies syphilitiques, P. G.....	Nombre de tuberculoses	} traitées dans l'année. ayant causé le décès....
X. - Démences organiques.....	Nombre de tuberculoses	} traitées dans l'année. ayant causé le décès....
XI. - Psychoses préséniles.....	Nombre de tuberculoses	} traitées dans l'année. ayant causé le décès....
XII. - Démences secondaires (vésaniques).....	Nombre de tuberculoses	} traitées dans l'année. ayant causé le décès....
XIII. - Épilepsie	Nombre de tuberculoses	} traitées dans l'année. ayant causé le décès....
XIV. - Psychopathies de l'encéphalite épidé- mique.....	Nombre de tuberculoses	} traitées dans l'année. ayant causé le décès....
XV. - États psychopathiques atypiques.....	Nombre de tuberculoses	} traitées dans l'année. ayant causé le décès....
Tuberculoses diagnostiquées :		
1) A l'admission.....		
2) Moins de 6 mois après l'admission.....		
3) De 6 mois à 1 an après l'admission.....		
4) De 1 an à 2 ans après l'admission.....		
5) Plus de 2 ans après l'admission.....		

CHAPITRE IV

INFLUENCE ET MODE D'ACTION DE L'INTERNEMENT SUR LA TUBERCULISATION DES MALADES

I

Influence de l'internement.

En d'autres termes, les asiles sont-ils des « foyers d'infection », comme l'étaient, au dire de la Commission permanente de la tuberculose, certains établissements ?

1. — **Eléments d'appréciation.**

Il semble que la comparaison des entrées de malades tuberculeux avec le nombre total des tuberculeux d'un service soit de nature à apporter une solution à ce problème.

Mais, là encore, les chiffres restent trompeurs : d'une part, le diagnostic d'une tuberculose, bien qu'existante à l'internement, ne peut pas toujours être affirmée; d'autre part, certains malades — notamment ceux à passé pathologique bacillaire — peuvent redevenir, par la suite, tuberculeux à l'asile, alors qu'en fait ils le seraient également redevenus même dans un autre milieu.

2. — **Quelques chiffres.**

Quoi qu'il en soit de la valeur de cette comparaison, nous n'avons, pour l'établir, que peu de renseignements, et nous sommes obligé de nous baser sur des impressions.

Nous avons les chiffres du travail de Mac GHE et BRINK, sur les asiles de l'Ontario. Il en résulte, en gros, que 63 p. 100

des malades reconnus ultérieurement tuberculeux l'étaient déjà à l'admission, l'augmentation portant sur les déments précoces (de 27 à 47 p. 100) et les états paranoïdes (de 2 à 19 p. 100).

En France, nous n'avons pas trouvé de documents de ce genre. Citons toutefois les rapports de DESRUELLES : L'élévation des chiffres de morbidité dans son service tient surtout à la forte proportion de tuberculeux parmi les entrants.

En 1927, il a trouvé 35 bacillaires sur 139 entrants (soit 25 p. 100); en 1928, 28 sur 159 entrants; en 1929, 13 sur 137 entrants; en 1930, 22 sur 164 entrants; en 1931, 8 sur 136 entrants.

Chiffres élevés qui permettent d'expliquer le nombre des tuberculeux dans le service, sans faire intervenir une contamination, une tuberculisation excessive.

Par ailleurs, de nombreux rapports, sans chiffrer d'une façon précise la tuberculose parmi les entrées, soulignent souvent, à propos des cas de tuberculose, qu'un nombre important est survenu chez des malades soit tuberculeux à l'entrée, soit à antécédents tuberculeux (cf. notamment les rapports PIQUEMAL [Aude] et SALOMON [Morbihan]).

Aussi peut-on estimer qu'en fait le rôle de l'asile en tant qu'agent tuberculisant — sauf exception — reste assez faible.

II

Mais comment agit l'internement ? Au chapitre des « Généralités », nous avons dit assez longuement quels sont les facteurs essentiels de la tuberculose-maladie — en général surinfection endogène — pour n'avoir pas à insister ici sur cette question.

1. — Conditions d'existence.

Il est évident que la vie dans un milieu confiné, où l'aération est presque toujours déficiente, où les individus sont en

contact étroit les uns avec les autres — véritable stabulation — où, pour beaucoup, le temps consacré à la vie de plein air est notoirement insuffisant, l'alimentation, parfois médiocre, se montre, par essence, favorable à l'apparition d'une tuberculose.

2. — Rôle des contaminations.

Mais il convient, d'un autre côté, d'envisager la part qui peut revenir au contact infectant proprement dit.

Rappelons d'abord qu'il ne peut être efficient qu'à condition d'être abondant et de s'adresser — sauf exception — à des sujets jusqu'à ce jour indemnes d'infection tuberculeuse.

Comment se fait ce contact ?

a) *Expectorations.*

Il est d'usage d'insister sur les dangers des expectorations des tuberculeux. Il est indiscutable que c'est une source abondante de bacilles. Or, il est non moins évident que, dans les établissements d'aliénés — surtout dans les services surpeuplés, mal adaptés au classement, à personnel restreint ou insuffisamment instruit — dont les habitants sont presque toujours inaccessibles aux conseils d'hygiène, de nombreux bacilles peuvent être de la sorte répandus. Il y a donc là un danger de contagion.

b) *Selles.*

Mais il n'est pas le seul : il est bon de ne le point oublier. Il faut aussi songer aux autres sources, et en particulier aux selles. D. ANGLADE a été un des premiers à insister sur l'importance de cette source de bacilles de Koch dans les asiles (1).

Le rôle de ce facteur se conçoit aisément quand on songe, d'une part, aux nombreuses entérites suspectes dont beau-

(1) La propagation de la tuberculose par les bacilles contenus dans les selles. Prépondérance de ce mode de propagation dans les asiles d'aliénés. *Ann. méd.-psych.*, 1902, t. I, p. 50-58.

coup sont à bacilles de Koch, et, d'autre part, au nombre d'aliénés qui déglutissent leur expectoration, et répandent ainsi par leurs selles les bacilles qui les infectent. CALMETTE en réalisait toute la valeur puisqu'il écrivait : « C'est incontestablement surtout par ce mécanisme que la tuberculose se propage... dans les agglomérations denses et souvent mal-propres (asiles d'aliénés, prisons, etc.). » (2).

En raison des défaillances du dépistage des tuberculeux, des nécessités du classement en fonction des réactions psychiatriques qui s'opposent à l'isolement des tuberculeux dans beaucoup d'asiles insuffisamment outillés, il y a lieu de penser que les bacilles sont, par ces diverses manières, abondamment diffusés.

Les déplorables habitudes de nombreux aliénés qui souvent se conduisent comme des enfants touche-à-tout, jointes à l'insuffisance habituelle des mesures de propreté corporelle, sont des conditions particulièrement favorables pour amener jusqu'au carrefour aéro-digestif les germes si généreusement répandus.

Le contact infectant est donc certain; il doit même, à l'asile, se rencontrer plus que partout ailleurs, en raison des conditions susdécrites. Mais il est impossible de chiffrer ses ravages. Il ne faut pas oublier que les connaissances modernes nous apprennent que le contagement (nous n'hésitons pas à le répéter) n'est efficace qu'à la condition d'être abondant (il doit bien l'être parfois), et de s'adresser, sauf exception, à des sujets jusqu'à ce jour exempts de toute infection tuberculeuse.

(2) *L'infection bacillaire et la tuberculose...*, 3^e éd., 1928, p. 316.

III

Conclusion.

Nous en concluons une fois de plus qu'isoler les malades contagieux, c'est bien; c'est même indispensable; mais qu'il ne faut pas compter sur cette mesure pour faire baisser considérablement la mortalité. Assainir est plus important encore : la lumière et le soleil, répandus à profusion, anéantiront les bacilles disséminés par ceux qui n'auront pu être isolés. Ils mettront les malades dans de meilleures conditions de résistance.

La part relativement faible des contagés dans des conditions d'hygiène satisfaisantes, on peut la voir dans la mortalité peu élevée des asiles bien installés, et particulièrement dans les pensionnats (3).

(3) Cf. entre autres les déclarations de MARCHAND à Blois (Pas de tuberculeux parmi les déments précoces du pensionnat de Blois, *Ann. méd. psych.*, 1933, t. II, p. 732), de WECHSLER en Suisse, à l'Asile de Rheinau (*Ann. méd.-psych.*, 1934, t. I, p. 461; analyse par BAUER), de G. ALLEN en Amérique (*Ann. méd.-psych.*, 1900, t. I, p. 290).

TROISIÈME PARTIE

LA LUTTE ANTITUBERCULEUSE A L'ASILE

CHAPITRE PREMIER

LE DIAGNOSTIC DE LA TUBERCULOSE A L'ASILE

I

Dépistage et diagnostic.

Dans l'organisation de la lutte antituberculeuse, le diagnostic de la tuberculose peut être considéré comme l'œuvre du dispensaire, soit que celui-ci l'ait établi sur un suspect, soit qu'il ait simplement confirmé le diagnostic d'un médecin praticien avant de prendre en charge le malade pour le faire bénéficier des autres activités de cet organisme.

Mais il convient de noter qu'au préalable le malade, soit inquiet de sa santé, soit mis au courant des dangers encourus et renseigné sur l'aide qu'il pourrait trouver au dispensaire, a eu motif d'aller spontanément se soumettre à son examen.

Dans la population spéciale d'un asile d'aliénés, il en est tout autrement : une activité diagnostique équivalente à celle d'un dispensaire ne saurait à elle seule constituer la base d'une lutte antituberculeuse efficace; elle doit être complétée par une organisation de « dépistage ».

Mauvais mot, qui n'est plus à l'honneur, mais que l'on peut, à l'asile, utiliser sans scrupule, car il est expressif, et il s'agit bien là d'un dépistage par suite des caractères spéciaux de la tuberculose des aliénés et du comportement particulier de ceux-ci.

II

La formule déjà indiquée de Rist synthétise bien la complexité du diagnostic de la tuberculose. Que la difficulté soit encore plus grande chez l'aliéné, la chose est bien connue.

1. — « Latence » de la tuberculose chez les aliénés.

Cette difficulté particulière n'a pas échappé aux anciens auteurs, et il n'est que de feuilleter leurs ouvrages pour s'en assurer :

« Ces phthisies échappent à l'observation la plus attentive : les malades s'affaiblissent, tombent dans le marasme et la fièvre lente... A l'ouverture des corps, on trouve les poumons tuberculeux... » (1).

Clouston, dans son étude, y insiste beaucoup : « La phthisie est la cause « précisée de décès », dans la moitié seulement environ de ceux qui présentent à l'autopsie des dépôts tuberculeux » (2); et, plus loin : « La phthisie est entièrement latente, entre le tiers et le quart de tous les cas, parmi les aliénés, et, pour presque tout le reste, elle demeure cachée pendant un temps considérable. » (3).

Peut-être y a-t-il là une légère exagération; certaines des tuberculoses latentes étant, en réalité, des tuberculoses actives non évolutives. Mais, en gros, le fait reste vrai, et il suffit d'avoir passé quelque temps dans un service d'aliénés pour s'en convaincre.

(1) Esquirol, *Des maladies mentales...*, t. I, p. 103.

(2) La tuberculisation et l'aliénation mentale, *Ann. méd.-psych.*, 1864, t. IV, p. 88.

(3) *Ibid.*, p. 91.

a) *Latence des signes subjectifs.*

Fait commun chez l'aliéné à toutes les manifestations douloureuses, qui est bien connu. Il empêche le malade de susciter un examen somatique. Il n'est pas général, certes, mais il est fréquent, et dans bien des catégories de troubles mentaux. Qu'il s'agisse du dément plus ou moins inconscient, du « dissocié », prisonnier de son autisme, de contact difficile, du déprimé résigné, du maniaque insensible à la lassitude, du délirant pour qui l'explication de ses troubles physiques n'a rien à voir avec la médecine, de l'interprétant qui a englobé dans son délire tout l'entourage auquel il ne veut plus rien confier, du débile qui n'y attache aucune importance — que de malades supportent à l'asile quelques petits signes généraux à l'insu des médecins et infirmiers, alors que d'autres, étiquetés hypocondriaques, auront pu lasser la patience des médecins et... ne pas paraître dignes d'attention lorsqu'ils révéleront quelques troubles, cette fois contrôlables !

b) *Latence des signes physiques.*

Mais les *signes physiques* eux-mêmes — en particulier stéthoscopiques — n'échappent pas à la règle de la latence, du moins quand les lésions sont encore peu évoluées. Que de fois l'auscultation la plus attentive ne révèle aucun signe alors que le reste de l'examen fait soupçonner l'existence d'une tuberculose pulmonaire. Le cas se présente en médecine générale, mais combien plus fréquemment avec l'aliéné !

Sans doute on sait aujourd'hui que les respirations anormales de GRANCHER ne sont pas des signes de tuberculose, bien qu'elles soient souvent la signature d'un passé méconnu ayant entraîné une sclérose; mais l'auscultation n'en doit pas moins être « fine » quand il s'agit de découvrir quelques râles fins et discrets localisés dans le temps et l'espace.

Il faut alors tout le concours du patient pour obtenir une expansion respiratoire complète, une toux opportune : circonstances difficiles à réaliser à l'asile. Il y a là, à n'en pas

douter, une des raisons de la « latence » des signes de tuberculose, mais nous nous garderons d'affirmer que ce soit la seule; des mécanismes plus complexes, où interviendraient notamment des facteurs humoraux, endocriniens ou neurologiques, sont fort possibles.

c) *Latence des signes fonctionnels objectifs.*

Quoi qu'il en soit, cette latence s'étend parfois aux *signes fonctionnels* les plus objectifs : la toux disparaît, comme si l'organisme était insensible et ne réagissait plus à l'irritation causée par la maladie; l'expectoration est insoupçonnée, étant aussitôt déglutie. Mais nous avons assez insisté sur ces points qui sont d'observation banale et ne relèvent guère que du simple bon sens clinique.

Aussi peut-on continuer, quand il s'agit d'aliénés, d'user de l'expression : dépistage de la tuberculose, en précisant que « dépistage » ne doit point signifier « diagnostic », mais découverte des cas où il y a quelque chance de supposer l'existence de tuberculose.

2. — Les bases du dépistage.

On peut épiloguer sur la valeur respective des divers symptômes susceptibles d'être rattachés à une tuberculose évolutive. Au point de vue qui nous occupe, cela est de peu d'importance.

Il faut, chez l'aliéné, en présence de n'importe quel fait en rapport possible avec la tuberculose, penser à elle, tout mettre en œuvre pour établir un diagnostic, et prendre aussitôt les dispositions nécessaires — surveillance particulière, traitement.

Cela revient à dire que *tout signe dit d'imprégnation devrait parvenir à la connaissance du médecin. Le fonctionnement du service doit être organisé en conséquence.*

3. — Organisation pratique du dépistage.

Le problème se pose, au point de vue pratique, différemment pour les entrants et les chroniques.

a) *Cas des entrants.*

En effet, tous les *entrants* sont en général reçus et conservés quelque temps, souvent jusqu'à l'établissement du certificat dit de quinzaine, dans des locaux appropriés — dépendant de ce que RAYNIER nomme la section hôpital, qui, si les dispositions matérielles ne lui permettent pas toujours d'avoir sa réalité topographique, a toujours néanmoins son existence morale (4). Ils y sont soumis à une surveillance très suivie de la part du personnel; ils peuvent y être examinés souvent et d'une façon spécialement poussée par le médecin. Les circonstances sont tout autres pour les chroniques répartis dans les divers pavillons de classement.

Pour les entrants, la mise en évidence d'une tuberculose existante repose sur l'examen physique complet de tous les organes, dans les éléments duquel il importe de comprendre la pesée. Problème d'ordre purement médical qui ne paraît pas présenter de difficulté d'organisation.

On peut cependant souligner quelques points.

L'intérêt de l'alitement systématique des entrants est un fait bien connu des médecins d'asile. Son importance, dans le cas qui nous occupe, est évidente (5). Il facilite l'examen de toute la surface du corps qui rendra manifeste un amaigrissement, une asymétrie thoracique, une cicatrice — d'adénite par exemple, d'opération, etc., évocatrice d'antécédents intéressants.

Le second point sur lequel il faut insister est l'avantage de l'établissement systématique d'une feuille de température des entrants, pendant cinq ou six jours au moins. Bien des auteurs ont signalé la fréquence avec laquelle on met ainsi en évidence un léger état fébrile révélateur de quelque trouble physique, qui, parfois, appelle une thérapeutique. Nous

(4) Cf. RAYNIER et LAUZIER, *La construction et l'aménagement de l'hôpital psychiatrique et des asiles d'aliénés*, Paris, 1935, p. 57.

(5) RAYNIER et BEAUDOUIN, *La tuberculose dans les asiles d'aliénés*, *Ann. méd. psych.*, 1925, t. I, p. 21.

le savons : cet état est rarement en rapport avec une tuberculose..., mais enfin l'existence d'une fièvre injustifiée peut amener à compléter les recherches dans ce sens.

Le troisième point concerne *les anamnestiques*; comme l'écrivent RAYNIER et BEAUDOUIN, « on n'oubliera pas de noter chez les ascendants, descendants ou collatéraux, comme pour le sujet lui-même, les affections pleuro-pulmonaires antérieures, et toutes les manifestations possibles de la tuberculose... » (6). A cet égard, on ne manquera pas d'interroger le malade; mais, en raison de l'insuffisance des renseignements ainsi obtenus, il conviendra le plus souvent d'entretenir de la question les proches lors des visites. L'établissement d'une « fiche de renseignements confidentiels » (7) pourra même être envisagé (8). Dans certains cas, il nous paraît utile, dans l'intérêt du malade, de chercher à se documenter, dans la mesure où le secret médical le permet, auprès des organismes hospitaliers, des dispensaires (service social) ou des médecins qui ont pu être appelés à le traiter précédemment.

Il va sans dire que, le dépistage réalisé, il conviendra, dans les cas douteux notamment — et ce sont les plus nombreux — de mettre en œuvre les moyens complémentaires (examen des expectorations, épreuves radiologiques et biologiques) sur lesquels nous insistons plus loin.

Un phthisiologue qui lirait ces lignes s'étonnerait sans doute en voyant traiter ces examens de méthodes complémentaires. Le terme est mal choisi..., mais l'organisation actuelle de la plupart des asiles oblige à considérer encore ces méthodes comme complémentaires. Ne le sont-elles pas, d'ailleurs, pour la plupart des praticiens traitants ?

(6) *Loc. cit.*, p. 28.

(7) *Ibid.*, p. 28.

(8) Signalons que le modèle de fiche utilisé dans la Seine interroge l'entourage sur les tuberculoses éventuelles des membres de la famille (38^e question). Peut-être y aurait-il avantage à voir imprimé à la 25^e (maladies antérieures) une courte énumération, comportant notamment : tuberculose, pleurésie, qui aiderait à l'évocation des souvenirs.

On peut admettre qu'à la suite de cette observation approfondie lors de l'entrée, les malades seront classés, au moins provisoirement, au point de vue de la tuberculose, en trois catégories :

- a) les *tuberculeux*;
- b) les *indemnes* de tuberculose-maladie;
- c) les *suspects*, à surveiller particulièrement à cet égard au cours de leur internement.

Pour ces derniers, dans les services encombrés, il y a intérêt, comme le font certains médecins, soit à établir des *fiches spéciales*, soit à relever les noms afin de ne pas perdre de vue les malades en cause, de les surveiller, de les *examiner à dates fixes et assez rapprochées* — tous les mois, par exemple, et ultérieurement moins souvent s'il y a lieu.

b) **Le dépistage dans la section hospice.**

Dans la mesure où la tuberculose n'est pas, au sens absolu du terme, latente, on peut dire que celui-ci repose sur une surveillance médicale journalière soigneuse. C'est par la visite journalière des « aliénés de toute classe et de toute catégorie », prescrite par l'article 60 du règlement-modèle de 1857, que le médecin peut discerner les indices d'une tuberculose possible.

1° IMPORTANCE DE LA TECHNIQUE DE LA VISITE. — Il importe que cette visite soit, à ce point de vue, aussi fructueuse que possible.

Chaque chef de service, à la suite de son expérience personnelle, des conseils de ses Maîtres, a adopté une technique de la visite. Elles ont toutes, certes, leur valeur.

RENAUDIN écrivait :

« La visite doit être faite avec une certaine solennité... le médecin en chef parcourt successivement toutes les sections, d'après un itinéraire qui doit varier le moins possible... » (9).

(9) Cité par RAYNIER et BEAUDOUIN, *L'aliéné et les asiles...*, p. 101.

Il semble bien que ce soit ainsi que procèdent la plupart : il y a là de nombreux avantages; mais, pour l'objet qui nous occupe, cette manière d'agir présente un danger : des « stéréotypies » risquent de s'établir... on ne tarde pas à s'arrêter toujours devant les mêmes malades, et à ne plus voir certains autres, notamment quelques rares unités également stéréotypées dans un petit travail qui les éloigne de l'itinéraire de la visite. Pour dépister une suspicion de tuberculose, il faudrait voir tous les malades, remarquer des amaigrissements, des changements de teint, etc.

Si, à cet égard, la technique de RENAUDIN — qu'il faut bien conserver, car, tout compte fait, c'est la seule qui assure la marche régulière de l'établissement — appelle quelque réserve, comme elle se montre judicieuse quand, dans sa description il ajoute :

« ... J'ai toujours considéré comme très utile, soit de commencer par une revue générale des travailleurs, soit d'étendre la visite aux ateliers... », méthode qu'il justifiait ainsi : « Du reste, du moment que le travail est admis comme élément essentiel de la vie d'un asile, et qu'au médecin seul appartient le droit de désigner les aliénés pour les travaux et les exercices auxquels ils peuvent être occupés, il importe que cette désignation soit journalière, qu'elle soit faite en temps utile ou qu'au besoin l'absentéisme puisse être préalablement prescrite. » (10).

Ne se justifie-t-elle pas aussi pour assurer aux travailleurs la surveillance médicale journalière réglementaire ?

Mais il faut le reconnaître : cette méthode théoriquement séduisante doit présenter des inconvénients, car elle nous paraît rarement réalisée. Pour ce qui concerne la tuberculose, il suffit qu'aucun travailleur n'échappe pendant longtemps aux regards du médecin. Même sans aller aux ateliers, il paraît possible d'organiser une visite générale et périodique des travailleurs. Les méthodes ne manquent point, et

(10) *Ibid.*, p. 101 et 102.

l'ingéniosité de chacun en peut découvrir : conserver au quartier, à jour fixe, les malades travailleurs, ou encore les atteindre par une visite supplémentaire faite à leur intention à une heure particulière.

2° INTÉRÊT DES AUTRES OCCASIONS D'EXAMEN. — La rédaction des certificats dits de situation, des bulletins de santé, doit être considérée comme une occasion de compléter, s'il y a lieu, les renseignements forcément superficiels de la visite journalière dans un service de chroniques. De même, lors de l'établissement — sur fiche spéciale par exemple — des renseignements destinés aux annotations du « Registre de la loi », dans certaines circonstances, un examen somatique complémentaire pourrait utilement être pratiqué.

4. — Le rôle des infirmiers.

Mais quelle que soit l'attention du médecin, il n'atteindra qu'à des résultats médiocres (en matière de suspicion de tuberculose) s'il ne peut compter sur l'aide d'un personnel infirmier dévoué et éduqué.

Est hors de notre cadre cette question si complexe du personnel infirmier des établissements d'aliénés. On sait combien, depuis le début du siècle, et surtout depuis la guerre, le problème de son éducation professionnelle a été souvent — et efficacement — mis à l'ordre du jour.

L'instruction professionnelle de tout le personnel infirmier, sanctionnée par un diplôme, est hautement désirable. Elle se réalise peu à peu... c'est une chose... Avoir des infirmiers qui aident efficacement à dépister la tuberculose, est autre chose. A ce sujet, les cours théoriques, les livres ont leur importance; mais l'instruction complémentaire, « surtout... l'enseignement au cours de la visite quotidienne, à l'occasion des faits journaliers du service »⁽¹⁾, nous paraît

(1) RAYNIER et BEAUDOUIN, *L'aliéné et les asiles...*, p. 151.

susceptible de plus de portée par son caractère vivant, par son adaptation possible aux facultés de chacun.

Les auxiliaires n'ont pas à faire un diagnostic... ils doivent remarquer ce qui est anormal et le signaler. Au point de vue particulier du dépistage de la tuberculose, un auxiliaire incapable de saisir le principe et la portée de l'asepsie peut être d'un plus grand secours qu'un diplômé s'il comprend, par exemple, que l'anorexie et l'amaigrissement sont souvent le prélude de cette grave affection.

En théorie, il paraît assez facile d'attirer l'attention des infirmiers sur les divers petits signes. Ils n'ont pas besoin d'une forte instruction technique pour les remarquer. En fait, il convient d'y tenir la main constamment, et surtout de soutenir leur zèle à cet égard — zèle qui s'émousse rapidement en raison des résultats souvent nuls de l'examen médical qu'ils ont ainsi provoqué — par une méthode quelconque qui fasse, si possible, entrer dans leur automatisme journalier ce côté particulier de la surveillance.

Quoi qu'il en soit de ce zèle, de cette technique, il est évident que les résultats en seront satisfaisants surtout dans les services où le personnel est suffisamment nombreux.

3. — Comment découvrir les « petits signes » de tuberculose.

On nous permettra de passer en revue les principaux de ces petits signes, et en quelques mots de dire comment, à notre sens, ils peuvent être « révélés » sans compliquer le service d'une façon hors de proportion avec les résultats attendus. Nous ne dirons que des choses de simple bon sens, qui viennent à l'esprit de chacun lorsque l'on y réfléchit quelques instants : nous les redirons cependant, car, nous n'en doutons pas, ce qui complique le fonctionnement de ce dépistage et lui donne ce rendement bien souvent insuffisant, c'est la multitude de difficultés rencontrées — dont certaines sont infimes — mais dont le nombre finit par rebuter.

a) **Amaigrissement.**

Briau écrit : « Un amaigrissement imprévu ne doit jamais nous laisser indifférent, et je me plais à répéter avec beaucoup de mes collègues que c'est pour nous un signe très précieux. »⁽¹²⁾. Mais il faut le découvrir. Rien n'est plus facile par la *pesée systématique et régulière*. Mais il faut veiller à ce qu'elle soit pratiquée effectivement, chaque mois par exemple, que les résultats en soient consignés sur une *feuille* (courbe de poids) soumise au médecin.

Tout cela, simple en théorie, n'est pas toujours facile à réaliser... Il y a des résistances... souvent du côté du personnel; il convient, comme le dit encore Briau, que « le surveillant comprenne que ce n'est pas une routine, et qu'il contrôle, chaque fois qu'il le peut, les pesées faites par les sous-ordres »⁽¹³⁾. Il n'est pas jusqu'à la question « matériel » qui ne soulève de petites difficultés : « Il s'agit également de ne pas avoir... une bascule que l'on transporte plus ou moins doucement, d'un quartier à l'autre, et qui, toujours dérégulée, donne des indications tout à fait inconstantes et fantaisistes. »⁽¹⁴⁾.

Comme il peut paraître excessif d'exiger de l'administration l'achat relativement coûteux d'une bascule par pavillon, dans les établissements — et ils sont encore nombreux en province — où les bains de propreté sont donnés aux bains généraux, il paraît légitime d'y prévoir l'installation d'une bascule, et de faire pratiquer, comme le suggéraient RAYNIER et BEAUDOUIN, la pesée à cette occasion⁽¹⁵⁾.

b) **Aménorrhée.**

Dans les services de femmes, il sera bon de faire établir une *feuille de règles*. Surcroît de travail pour le personnel, ...

(12) *Quelques aspects du problème de la tuberculose dans les asiles d'aliénés*, III; Dépistage des bacillaires. Méthodes et projets, *Arch. int. de neurol.*, janv. 1934, p. 48.

(13) *Ibid.*, p. 47.

(14) *Ibid.*, p. 47.

(15) *Ann. méd.-psych.*, 1923, p. 28.

aussi cette précaution est-elle souvent négligée. Son intérêt est pourtant évident, en dehors même de la question qui nous occupe (métrorragies, grossesse, etc.). En fait, il convient de tirer de ce document tout le parti désirable et, comme le dit Briau, de ne point systématiquement rattacher une aménorrhée à un « retentissement des troubles du système nerveux sur le fonctionnement des glandes » (16).

c) *Anorexie.*

Pour ce qui concerne l'anorexie, il faudra veiller à ce qu'elle soit régulièrement signalée sur leur rapport journalier par les chefs de quartier et le surveillant. « Ce dernier, rappellent RAYNIER et BEAUDOUIN, ... est spécialement chargé... d'assister à la distribution des aliments et de veiller à ce qu'elle soit faite conformément aux prescriptions des cahiers de visite... C'est dire qu'à chaque malade doit être servie la part qui lui revient et que sa non-consommation ne doit pas pouvoir passer inaperçue. » (17).

d) *Sueurs nocturnes.*

L'importance des sueurs nocturnes est bien connue. « Il n'est pas impossible que les infirmiers sachent remarquer les transpirations nocturnes anormales : tel malade « mouille son lit » régulièrement, qui n'accusait spontanément aucun trouble » (18). Il n'est que de découvrir, au matin, le lit et de constater un aspect froissé particulier du linge, des draps et des oreillers, qui ne trompe guère.

e) *Toux.*

Un bon surveillant signale la toux d'un de ses malades : mais il faudra l'inciter à la signaler tant qu'elle persistera, même si, à l'occasion d'un examen, le médecin a déclaré « qu'il n'y avait rien », que « ce n'était rien ». Il n'en sera

(16) *Arch. int. de neurol.*, 1934, p. 18.

(17) *Ann. méd.-psych.*, 1923, p. 28.

(18) RAYNIER et BEAUDOUIN, *Ann. méd.-psych.*, 1923, p. 29.

peut-être pas toujours ainsi. De même, le personnel infirmier pourra aider efficacement au diagnostic différentiel, parfois délicat, chez l'aliéné, d'une hémoptysie.

f) *Petits signes d'autres formes de tuberculose.*

Tous ces symptômes visent, avant tout, la tuberculose pulmonaire, bien que la plupart se rencontrent dans toutes les formes de tuberculose. Mais il serait désirable que le personnel ait aussi l'esprit orienté vers les autres formes. Si on lui a dit et répété qu'il n'est pas normal qu'un malade se lève plusieurs fois la nuit pour uriner, le veilleur pourra parfaitement, en signalant la chose, faire découvrir une cystite et diagnostiquer une tuberculose rénale. (À cet égard, il sera bon de rappeler aux plus humbles collaborateurs que les urines fraîches doivent normalement être limpides). Choses enfantines pour le médecin qui peuvent aider au diagnostic pour le plus grand profit des assistés.

Dans le même ordre d'idées, on pourra signaler qu'une boiterie légère, qu'une douleur peu importante survenant le soir à la fatigue, peut être symptomatique d'une tuberculose osseuse.

C'est en maintenant l'esprit des infirmiers constamment en éveil que l'on obtient — dans la mesure où l'inertie humaine peut être vaincue — des résultats appréciables.

g) *Température.*

On connaît l'importance diagnostique d'une élévation de température, même légère. Il faudra faire partager cette notion au personnel : « les infirmiers d'asile ont parfois le thermomètre facile » (19). Il sera bon qu'ils soumettent dans tous les cas les chiffres au médecin. « Il n'a pas de fièvre », dit-on souvent d'un malade, mais il a 37°3 le matin, et c'est déjà un indice.

Inversement, l'infirmier le plus diplômé a souvent oublié

(19) BRIAU, *Arch. intern. de neurol.*, 1934, p. 18.

que la température doit être prise après une demi-heure de repos allongé..., le médecin le sait. Il doit le lui rappeler s'il veut pouvoir juger sainement des chiffres fournis. Très fréquemment, d'ailleurs, l'état mental du sujet ne permettra de s'approcher que de bien loin de ces conditions idéales, et il sera, en fait, impossible de rechercher efficacement l'instabilité thermique, dont maints auteurs ont souligné l'intérêt.

6. — **Le diagnostic proprement dit de la tuberculose. Insuffisance de l'examen médical courant.**

Ces signes révélés — une éventuelle tuberculose dépistée — la parole est à l'examen médical. Il convient que le médecin d'asile remplisse le rôle dévolu au dispensaire dans la population générale.

Dans certains cas, les techniques cliniques banales confirmeront l'existence d'une tuberculose-maladie. Dans bien d'autres, l'examen — en raison notamment de la latence des signes stéthacoustiques rappelée plus haut — sera impuissant à répondre catégoriquement à la question posée.

C'est particulièrement dans ces circonstances que le secours des techniques bactériologique, biologique et radiologique devient indispensable.

En pratique, de sérieuses difficultés se présentent alors. Et ce n'est point notre dissertation qui les résoudra. Si l'on pouvait seulement trouver ici quelques jalons en vue de leurs solutions — d'ailleurs très diverses selon les cas — nous serions satisfait.

7. — **Emploi des méthodes de diagnostic bactériologique et radiologique. Problèmes posés par cet emploi. Solutions envisagées.**

L'intervention de ces diverses méthodes doit tenir compte d'un facteur primordial, leur valeur; secondairement, de leur facilité d'application aux aliénés; enfin, de leur possibilité d'adaptation technique et financière dans un asile donné.

C'est en fonction de chacun de ces facteurs que nous allons passer en revue ces diverses méthodes. Le premier point sera plus brièvement envisagé, puisque nous en avons parlé aux « Généralités ».

a) *Méthodes bactériologiques.*

La formule de RIST, maintes fois rappelée, impose pour un diagnostic rigoureux la recherche de B. K. dans les expectorations.

Dans le milieu spécial de l'asile, recueillir les expectorations d'un malade n'est pas toujours facile. Alors que beaucoup de nos malades répandent leur salive « par pure malpropreté ou par tic », beaucoup d'autres, « comme les enfants et les femmes... crachent dans leur estomac ». D'autres encore — que ce soit par incompréhension ou par rétivité, peu importe — se refuseront à utiliser les crachoirs.

L'insistance du personnel peut souvent vaincre cette répugnance. On peut également en atténuer les effets en prélevant une expectoration fraîche là où l'aliéné l'aura déposée (mouchoir, sol même). Rappelons enfin que, pour ceux qui ne crachent pas, l'on n'est pas entièrement désarmé : les pédiatres tournent la difficulté par le lavage d'estomac.

L'*expectoration* prélevée, la recherche des B. K. par la technique du Ziehl ne devrait pas soulever de difficultés. C'est bien là un exemple typique d'« examens courants que le laboratoire d'asile devrait permettre d'assurer... » (R. I. G., 1923, p. 314). Cette recherche entre indiscutablement dans les attributions des internes pour les établissements qui en possèdent (RAYNIER). D'après l'enquête Briau, elle serait actuellement pratiquée dans tous les asiles.

Les techniques d'enrichissement, d'homogénéisation, qui viennent souvent combler les lacunes de l'examen direct, ne sont pas assez couramment employées : elles ne présentent pas de grandes difficultés (en voir la technique dans les manuels pratiques de bactériologie). Elles nécessitent cependant, en général, une étuve à 37 degrés. Les installations de laboratoires d'asiles devraient permettre de les exécuter. Cependant, dans diverses circonstances, il peut paraître plus simple de faire procéder aux recherches de cet ordre par le

Laboratoire départemental d'analyses. Il en est de même de l'inoculation au cobaye de produits pathologiques (pus, urines, liquides de ponctions diverses...).

Soit devant les difficultés de recueillir l'expectoration, soit devant une diarrhée persistante en vue d'en établir la nature, on peut être amené à rechercher le B. K. dans les *selles*. La valeur des résultats en est diversement appréciée. L. GUINARD a « constaté que, dans nombre de cas, l'analyse des selles peut seule fournir des renseignements impossibles à avoir par ailleurs ». Pour lui, « chez les sujets sains, ne présentant aucun signe de tuberculose, les analyses... ont toujours été négatives »⁽²⁰⁾.

Il y aurait donc là une méthode intéressante. Mais, « en règle générale, dit BRIAU⁽²¹⁾, les techniques m'apparaissent comme trop délicates, trop compliquées, pour être employées d'une façon très large, comme auxiliaire du dépistage des infections tuberculeuses dans nos services ».

Signalons que ces techniques sont passées en revue dans un article de CAUSSIMON du *Paris médical* (1928)⁽²²⁾.

En conclusion de ce paragraphe, on peut écrire :

1° que les recherches bactériologiques courantes (Ziehl) indispensables doivent être pratiquées d'une façon constante au laboratoire d'asile, voire même de service;

2° que pour ce qui concerne les techniques spéciales, il est parfois nécessaire de recourir à une collaboration.

Peu importe laquelle; le tout est de la réaliser d'une façon financièrement économique (Cf. à ce propos, *R. I. G.*, 1923, laboratoires, p. 314-317).

b) *Méthodes biologiques.*

Les rappels faits au chapitre de « Généralités » nous permettent de dire d'emblée que ces méthodes n'ont qu'un

(20) L. GUINARD, *La pratique des sanatoriums*, p. 216.

(21) BRIAU, *Arch. int. de neurol.*, 1934, p. 25.

(22) P. 233. Le procédé de NABLAS serait le meilleur. Il paraît, à première vue, assez simple à réaliser, mais nous n'en avons pas l'expérience.

rôle tout à fait secondaire dans le diagnostic. Ce n'est pas sans mélancolie que nous le répétons. Le problème serait simplifié s'il existait quelque « pendant » au Bordet-Wassermann. Mais il n'en est pas. Il ne sera pas ici question de réaction tuberculinique, de déviation du complément, de la réaction de Besredka : malgré tout leur intérêt, elles n'ont pas de suffisante valeur diagnostique (23).

Une place à part doit pourtant être faite à la réaction de floculation à la résorcine (*réaction de Vernes*), méthode déjà ancienne (24) dont on connaît le principe; le voici tel que le rapporte Robert Lévy, qui a consacré sa thèse (25) à cette question :

« Les phénols mélangés à certains sérums de tuberculeux possèdent la propriété de déterminer des zones de floculations différentes de celles obtenues avec les sérums normaux. » (26). On se sert d'un diphénol, la résorcine. Pour la plupart des auteurs qui se sont occupés de ce sujet, les chiffres de déviation optique obtenus auraient, en gros, les valeurs suivantes :

- les chiffres 0 à 15 correspondraient au sérum de sujet normal;
- ceux de 15 à 30, à la probabilité croissante de l'existence d'une tuberculose;
- ceux supérieurs à 30, à l'existence d'une tuberculose.

« L'on est simplement autorisé jusqu'à présent à affirmer qu'une déviation optique comprise entre 0 et 35 à 40, correspond à un processus de primo-infection ou d'infection torpide à évolution lente. » (27).

Quelque incertitude qu'il y ait dans ces données, l'intérêt de la méthode nous paraît bien résumé dans cette phrase de R. Lévy : « Nous croyons pouvoir déduire de recherches déjà nombreuses que les réactions de floculation dans la tuberculose sont des réactions d'évolution. Par ce caractère, elles ont, en sémiotique, une place autonome à côté d'autres réactions humérales, comme par

(23) Sur les valeurs diagnostique et pronostique de ces diverses méthodes et d'autres analogues, voir le *Journal de médecine* de mai 1933.

(24) Travaux et publications de l'*Institut prophylactique*, fasc. IV, mai 1926.

(25) *La réaction de Vernes à la résorcine*, thèse de Nancy, 1929, n° 422.

(26) R. Lévy, thèse, p. 23.

(27) Id., thèse, p. 99.

exemple les réactions tuberculiniques, qui sont des réactions d'infection. » (28).

Aussi, autant il serait dénué de sens de vouloir fonder un diagnostic sur ce seul examen (29), autant il nous paraît judicieux, pour aider au dépistage, d'user aussi souvent qu'il sera possible de la technique de VERNES. Sa pratique est simple : elle ne nécessite qu'une prise de sang. « Le gros obstacle, comme l'écrit BRIAU, pour les asiles pauvres, est le prix élevé du photomètre. » Là encore, la collaboration du Laboratoire départemental, en général muni de l'appareillage nécessaire, peut suppléer à cette difficulté. Car il est peu vraisemblable que le ministère de la Santé publique puisse renouveler le geste généreux accompli à l'égard de l'asile de Maréville (Cf. *Rapport médical de 1930*, p. 7). Au moment de l'enquête BRIAU, deux établissements usaient couramment de cette méthode; l'auteur conseillait de l'appliquer aussi systématiquement que possible aux autres. A l'Asile de Quatre-Mares, dans le service du Docteur USSE, d'une façon presque systématique, lorsque du sang est envoyé au laboratoire, on fait pratiquer la réaction de VERNES à la résorcine; nous devons à la vérité de dire que jamais il n'a été ainsi découvert de tuberculose insoupçonnée.

c) *Méthodes radiologiques.*

Grandeur et misère de la radioscopie et de la radiographie n'ont pas à être évoquées : tout le monde est bien d'accord à ce sujet. Sans doute peut-on diagnostiquer une tuberculose évoluée sans le secours de la radiologie; sans doute, même avec elle, le « spécialiste » peut passer, dans certains cas, à

(28) Id., *ibid.*, p. 131.

(29) La méthode n'est nullement spécifique. Rappelons que BRETON (*Nord médical*, 15 janv. 1928 : Existe-t-il des causes susceptibles, en dehors de la tuberculose, de faire varier l'indice optique dans la réaction à la résorcine ?) a trouvé parmi les D. O. supérieures à 30 de nombreux cas de tumeurs cérébrales, d'épilepsie, de maladies de Parkinson, de chorée; et parmi celles supérieures à 60, des cas de paralysie générale et de syphilis secondaire et tertiaire. Ce sont, pour la plupart, « clients » d'asile, et, dans ce milieu, il convient d'avoir l'esprit en éveil.

côté d'une tuberculose. Mais on ne conçoit pas un dispensaire digne de ce nom ne possédant pas cet indispensable instrument de travail.

Aussi doit-on souligner que le dépistage, la surveillance et le traitement des aliénés tuberculeux nécessitent le concours de la radiologie. C'est un principe dont l'application peut nécessiter, à l'asile, des compromis, mais dont l'esprit doit rester intangible.

1° L'EXAMEN RADIOLOGIQUE RENCONTRE-T-IL DE LA PART DES ALIÉNÉS UNE OPPOSITION PARTICULIÈRE ? — Si elle existe pour certains malades, elle ne paraît pas devoir être impossible à surmonter avec un personnel dévoué et suffisant, et si nous posons cette question, c'est surtout pour rapporter cette remarque de BRIAU :

« Le second point signalé par plusieurs de mes collègues est la facilité avec laquelle les aliénés, même troublés, délirants, confus, acceptent l'examen sous l'écran. Personnellement, sur une vingtaine de malades atteints de psychoses très diverses et soumis à l'examen radioscopique en une seule séance, je n'ai pas essuyé un seul échec du fait de réactions anxieuses ou délirantes. » (30).

BLUMENFELD, à Clermont, ne paraît pas partager cet optimisme, puisqu'il écrit à ce sujet :

« Les difficultés étaient nombreuses. D'une part, d'ordre technique, par la nécessité de rassembler dans les locaux de radiologie un grand nombre de malades; une grande partie d'entre eux, impressionnés par les appareils, refusait de se laisser examiner dans l'obscurité. » (31).

Quoi qu'il en soit des réactions les plus imprévues auxquelles il faille s'attendre, d'un autre côté, il est hors de doute (et nous pensons utile de le rappeler) qu'un bon examen

(30) *Arch. int. de neurol.*, 1934, p. 24-25.

(31) Thèse, p. 55.

radioscopique ou une graphie demandent, comme l'auscultation, le concours docile et intelligent de l'examiné. Aussi, pour l'interprétation des images obtenues chez l'aliéné, des difficultés non rencontrées dans la pratique courante sont à prévoir.

2° POSSIBILITÉ TECHNIQUE ET FINANCIÈRE D'ADAPTATION A L'ASILE.

— Mais le « gros obstacle » est de mettre à la portée des malades internés et l'appareillage et le technicien sachant tirer de l'examen les renseignements utiles.

Théoriquement, là encore, la solution est aisée : mais il importe avant tout de ne point perdre de vue les répercussions financières. Le médecin d'asile s'honore, à notre sens, en n'entraînant l'administration que dans des dépenses raisonnables et proportionnées au bénéfice social à en attendre. C'est dans cette voie d'ailleurs qu'en fait il poursuit le mieux les intérêts de ses malades : ne risquerait-il pas, par des demandes sans doute légitimes, mais simplement un peu ambitieuses, de voir, par mesure de précaution, les crédits se resserrer au point de n'être plus à même de satisfaire aux améliorations les plus impérieusement justifiées ?

Pour ce qui concerne la radiologie, les solutions possibles sont nombreuses. Elles sont diverses selon l'importance et la situation des établissements.

Esquissons, tout à fait sommairement, quelques possibilités.

a. Double aspect du problème : appareillage, spécialiste. — La question est double. Elle concerne le matériel et le médecin chargé d'en user. La radiologie est une spécialité qui ne s'apprend pas en quelques mois. Comme le dit Briau :

« ... Je ne pense pas que les médecins d'asiles, qui doivent déjà posséder, à côté des connaissances psychiatriques, le bagage nécessaire pour exercer la médecine générale, aient la prétention de s'être initiés encore au délicat métier de radiologiste, avant d'entrer dans la carrière. Les radiologistes improvisés sont un mal de

l'après-guerre, et leurs interprétations fantaisistes ne sont susceptibles que de discréditer la méthode. » (32).

C'est le bon sens même..., et que l'appareil soit à l'asile ou n'y soit pas, nous aboutissons là encore à la *nécessité d'une collaboration*.

β. Situation d'après Briau. — L'enquête BRIAU ne permet guère de se documenter sur l'état exact de la question de la radiologie de l'appareil pulmonaire dans les asiles :

« Sur 57 établissements, dont les médecins-chefs ont répondu à notre question concernant la possibilité d'utiliser la radioscopie ou la radiographie pour l'examen de leurs malades, ... 31 sont pourvus de ce moyen de recherche. La plupart, il est vrai, doivent faire examiner leurs malades en dehors de l'asile, dans un service hospitalier voisin. » (33).

γ. Avantages et inconvénients du recours à l'établissement hospitalier voisin. Perfectionnement possible. — Recourir au concours d'un établissement voisin est une méthode qui a ses inconvénients, mais aussi ses avantages, et n'est pas à éliminer *a priori*.

Un inconvénient, certes, le transport à distance — malgré la généralisation dans les asiles des automobiles et même des ambulances automobiles — qui oblige parfois à différer un examen utile ou à y renoncer (malade très difficile ou très affaibli); inconvénient aussi, l'immobilisation du personnel nécessaire; inconvénient encore, la collaboration uniquement épistolaire qui s'établit entre le médecin et le radiologiste. Il est toujours souhaitable pour le chef de service de pouvoir assister aux diverses consultations auxquelles il envoie ses malades.

Les avantages : financiers avant tout, puisqu'ils évitent à l'asile l'achat et l'entretien d'un matériel coûteux et la rétri-

(32) *Arch. int. de neurol.*, 1934, p. 24.

(33) *Arch. int. de neurol.*, 1934, p. 21.

bution d'un consultant. Avantages aussi la possibilité — dans les villes importantes, dotées de services hospitaliers multiples — de solliciter non point seulement la collaboration du technicien radiologiste, mais du spécialiste, phthisiologue, chirurgien, urologue.

Au demeurant, c'est donc un procédé qu'il peut être justifié de conserver, notamment pour les asiles de population restreinte et situés à proximité de la ville où ils peuvent trouver le concours désiré. Mais, dans ce cas, nous nous demandons s'il n'y aurait pas lieu de rendre cette collaboration moins épisodique qu'elle ne l'est actuellement dans la plupart des cas.

A cet effet, il pourrait être intéressant, — pour conserver à l'opération ses avantages financiers — d'aboutir, comme le suggèrent RAYNIER et BEAUDOUIN⁽³⁴⁾, à une **entente** entre l'asile et l'établissement prêtant son concours, en vue d'obtenir des conditions pécuniaires satisfaisantes pour les deux parties, soit sous forme d'un tarif réduit, soit d'un abonnement pour les malades du régime commun, et de prévoir au budget de l'asile un crédit à cet effet.

Quant aux pensionnaires, comme cela est fixé par le plus grand nombre de règlements particuliers, pour les soins spéciaux, il paraît en principe légitime de demander aux familles le remboursement des frais engagés — avec leur autorisation — en vue de cet examen.

δ. *Pour cette collaboration, les organismes de lutte antituberculeuse ne seraient-ils pas plus indiqués ?* — Si le principe de la recherche d'une entente en vue d'une collaboration radiologique est retenu, il conviendra de se demander si, dans l'espèce de la lutte antituberculeuse, l'établissement hospitalier de la ville paraît bien qualifié. C'est affaire de cas d'espèce. Mais, sans jeter l'interdit sur cette solution, nous

(34) *Ann. méd.-psych.*, 1925.

pensons, en raison de l'importance primordiale de la tuberculose pulmonaire, qu'à première vue, une collaboration avec le Dispensaire d'hygiène sociale installé dans la localité nous semble indiscutablement préférable ⁽³⁵⁾.

Au point de vue médical, elle permettrait d'avoir non seulement l'aide radiologique cherchée, mais aussi celle éminemment précieuse d'un médecin phthisiologue. Par ailleurs, nous avons vu que le dispensaire dépend ou d'une organisation départementale ou d'une association privée. Aussi, semble-t-il, les modalités d'un accord administratif et financier seraient assez aisément mises au point. Dans le cas de recours à un organisme extérieur, des mesures particulières pourraient être discutées pour, éventuellement, éviter le contact des internés avec les autres consultants, et assurer dans une certaine mesure le secret de l'aliénation.

ε. *Du principe d'une installation radiologique à l'asile même, et de ses conséquences. Solution optimum.* — Pour les grands asiles, pour ceux éloignés de toute agglomération importante ⁽³⁶⁾, la solution ci-dessus n'est pas à conseiller : il paraît préférable de souhaiter et de tendre vers l'installation d'un poste radiologique dans l'établissement même. Elle existe déjà dans un certain nombre d'asiles (entre autres, Sainte-Anne, Maison-Blanche, Clermont, Maréville, et d'autres que nous ne connaissons pas). Mais il ne faut pas s'illusionner : elle est coûteuse. L'installation des locaux n'est

(35) La tuberculose pulmonaire éliminée, les nécessités de la radiologie, pour être impérieuses (fractures, etc.), restent à l'asile suffisamment exceptionnelles pour que les errements actuels de recours épisodique soient suffisants.

(36) Pour ces derniers, la généralisation des dispensaires ruraux automobiles permettra peut-être d'envisager, dans quelque temps, la question sous un autre jour. A ce point de vue, pourquoi ne pas imaginer que l'asile contribuerait à l'installation de cette formation sanitaire en se réservant d'en user d'une façon périodique. Il n'y a peut-être là qu'un rêve, mais peut-être aussi l'embryon d'une formule qui pourrait séduire certaines assemblées départementales particulièrement intéressées à l'hygiène publique.

rien, en général; nous les décrirons avec le pavillon des aliénés tuberculeux, dont ils doivent faire partie.

L'achat et l'installation de l'appareil sont plus coûteux, mais n'ont rien d'excessif. Et il est des appareils bon marché. Nous ne pensons pas qu'ils soient à conseiller à l'asile. En dehors de la question de leur robustesse, pour laquelle nous n'avons aucun renseignement, il est certain qu'ils ne peuvent prétendre rendre tous les services que l'on est en droit d'attendre d'une installation radiologique : notamment pour ce qui concerne les utilisations autres que la scopie pulmonaire. C'est pourquoi nous pensons que si l'on s'engage dans les frais d'une installation, il convient de ne point faire « d'économies coûteuses », et d'acquérir un poste simple, sans doute, mais nullement rudimentaire.

D'après les rapports de directeurs que nous avons entre les mains, le crédit mis à la disposition des asiles autorisés à acquérir cette installation était de l'ordre de 40.000 francs (Maréville; Saint-Ylie, Clermont). C'est plus que largement suffisant. Une somme moindre pourrait sans doute suffire dans bien des cas.

Mais il faut prévoir non seulement l'achat, mais le personnel chargé d'en assurer l'entretien et le fonctionnement : personnel médical et personnel subalterne.

A l'égard de l'entretien proprement dit, sans sous-estimer la valeur des services techniques d'électricité, il n'y a pas lieu, en principe, de compter sur eux. Le mécanisme d'un contrat d'entretien avec le fabricant semble préférable. C'est une dépense annuelle à prévoir.

Au point de vue fonctionnement, il paraît difficile de confier aux médecins et aux internes non compétents à cet effet, le maniement de l'appareil. Il conviendra donc — au début tout au moins — de ne le faire fonctionner qu'avec l'aide d'un consultant. De plus, il faudra prévoir une manipulatrice instruite du maniement et du développement des clichés pour les cas où des graphies seraient pratiquées.

Ce sont là des nécessités entraînant une dépense assez

importante. C'est ainsi que les rapports de l'Asile de Clermont mentionnent qu'à cet effet devait être créé un poste de sous-surveillante dont la titulaire serait recrutée parmi les infirmières ayant acquis une connaissance suffisante de cette question et de quelques autres (37).

Il y a lieu de penser que, dans un asile moyen où la radiologie ne fonctionnerait que d'une façon plus espacée — tous les 15 jours, par exemple — une simple indemnité peu importante (2.000 francs ?) permettrait de confier ce rôle à un agent ayant d'autres occupations. Mais il faudrait l'éduquer par un stage préliminaire.

§. *Choix et rémunération du spécialiste consultant dans cette éventualité.* — Pour ce qui est du spécialiste consultant dont la collaboration s'impose en principe, nous l'avons vu, tant pour le côté technique proprement dit que pour l'interprétation médicale efficiente des données de l'examen, il est assez hasardeux de chercher à préciser la répercussion financière. Cela dépend évidemment des circonstances. Il nous semble cependant que l'on puisse s'inspirer à cet égard de ce qui se pratique couramment dans un grand nombre d'asiles pour la stomatologie. La collaboration du radiologiste phthisiologue paraît devoir être plutôt moins fréquente que celle du stomatologiste. Nous parlions plus haut de quelques heures par quinzaine. Un crédit de même ampleur serait à envisager (38).

Pour le choix du consultant, tout en ne faisant aucune exclusion *a priori*, nous ne saurions trop le répéter, tout dépend des circonstances locales : notre préférence va au médecin du dispensaire. Il ne nous semble pas qu'il y ait pour lui — bien au contraire — incapacité réglementaire à collaborer avec l'asile, soit que cette collaboration relève d'une entente directe avec son employeur, l'Office public d'Hygiène sociale, soit que ce dernier l'ayant approuvée, elle

(37) Cf. Rapport de Clermont, 1930, p. 34.

(38) Peut-on, sans erreur grossière, le chiffrer à 3 ou 4.000 francs ?

se fasse sous le couvert de la liberté de répondre aux demandes de consultations des praticiens dont jouissent, en vertu du contrat-type de 1930, les médecins de dispensaire.

Dans certains cas très exceptionnels (proximité des deux établissements, par exemple), on pourrait envisager de faire appel à un médecin de sanatorium; dans d'autres cas, à des médecins de services hospitaliers spécialisés; dans d'autres enfin, c'est à la collaboration d'un praticien spécialiste libre qu'on pourra songer. Cette dernière solution, là où elle est réalisable, peut se montrer dans certains cas financièrement acceptable, voire même, à l'occasion, recommandable.

Quoi qu'il en soit, il est hors de doute que l'installation de la radiologie à l'asile est assez coûteuse.

8. — La radiologie, base du dépistage.

Aussi, s'il ne s'agissait que d'examiner les grands suspects et de surveiller les malades, nous n'oserions déclarer cette méthode supérieure à la collaboration d'un organisme extérieur. Mais *un des arguments qui militent le plus en sa faveur paraît être la possibilité d'en faire, sans gros frais supplémentaires, la base du dépistage systématique de la tuberculose à l'asile.*

Nous avons assez insisté sur la latence de la tuberculose chez l'aliéné pour ne pas nous leurrer. Si soigneuse que puisse être la surveillance médicale, beaucoup de sujets se révéleront tuberculeux trop tard si l'on ne compte que sur la découverte d'un signe d'imprégnation pour les examiner dans ce sens. Il faut, à l'asile, une méthode plus systématique. La clinique y est en défaut, la biologie ne tient pas ses promesses; force est donc de se tourner vers la radiologie.

Qu'on ne se méprenne pas : nous ne disons pas qu'il faille faire un diagnostic par la radiologie; ce serait une erreur médicale. Nous disons qu'en examinant radiologiquement la population asilaire, il y a des chances de ne laisser échapper qu'un nombre restreint de tuberculeux.

L'examen radioscopique systématique de la population

générale ne séduit pas les phthisiologues. Cela tient non pas à son principe, mais à son faible rendement social.

« Les visites prophylactiques pratiquées systématiquement ces dernières années dans les armées suisses et allemandes, dans certaines universités étrangères et administrations privées en France ont montré que, sur 1.000 individus présumés sains, accomplissant un travail régulier, 3 à 5 en moyenne présentent des signes radiologiques de tuberculose évolutive. » (39).

« Un médecin examinant 40 sujets par jour, soit une séance quotidienne d'une heure, mettrait près d'un mois à contrôler l'état pulmonaire de 1.000 consultants. Au bout du mois, il n'aurait dépisté que 3 tuberculeux latents parmi les individus présumés sains. » (40).

A l'asile, les conditions sont toute différentes : le pourcentage des tuberculoses latentes est beaucoup plus considérable. D'autre part, la population oscille souvent autour de 1.000 individus. Avec une séance de une heure et demie tous les quinze jours, qui permet d'examiner environ 50 personnes, la totalité de l'asile serait vue en dix mois. Or, c'est précisément avec la fréquence d'un an que doivent revenir les examens, si l'on veut s'entourer de toutes les garanties. C'est dire que l'examen radioscopique systématique nous paraît ici particulièrement intéressant. Il se généralise, d'ailleurs, dans tous les milieux restreints. Il est actuellement pratiqué sur une très vaste échelle dans l'armée, au moment de l'incorporation des recrues.

Nous pensons que son emploi à l'asile serait un grand progrès. Mais précisons encore notre pensée : cette méthode serait une aide considérable; mais elle ne résoudrait pas par elle-même tout le problème, comme le disait BEZANÇON à l'Académie de médecine : « Le dépistage de la tuberculose pulmonaire par des examens systématiques est une question d'actualité, mais il doit être fait avec la plus grande prudence, et, dans un esprit clinique, en constituant un vérita-

(39) BROUARDEL et ARNAUD, *L'organisation antituberculeuse française*, p. 77.

(40) Id., *ibid.*, p. 78.

table dossier où l'on tient compte des antécédents, de l'état général, autant que des renseignements donnés par la recherche de la cuti-réaction, la radiologie et la bacilloscopie. » (41).

Est-il excessif de voir là une justification de notre conception sur la nécessité du consultant spécialisé ? Quoi qu'il en soit, si l'examen radiologique périodique de la population asilaire peut paraître discutable, *l'examen systématique des entrants ne semble guère contestable.*

III

En résumé, le dépistage et le diagnostic de la tuberculose, pour fonctionner d'une façon satisfaisante à l'asile, nous paraissent nécessiter :

— 1° Une organisation du service qui « révèle » au médecin-chef tous les incidents susceptibles de dépendre d'une tuberculose;

— 2° La mise en œuvre de méthodes biologiques ou bactériologiques, les unes praticables à l'établissement, les autres obligeant de recourir à l'aide des organismes extérieurs compétents;

— 3° L'usage de la radiologie selon des modalités variables suivant les circonstances, mais qui aurait tout avantage à être aussi systématique que possible;

— 4° La collaboration, intermittente mais régulière, d'un médecin phthisiologue spécialisé.

(41) Le dépistage de la tuberculose pulmonaire par les examens systématiques, séance de l'Académie de médecine du 12 mars 1935. Analyse, *Le concours médical*, n° 11 bis, 20 mars 1935, p. 840.

CHAPITRE II

MESURES PROPHYLACTIQUES

La prophylaxie de la tuberculose doit être envisagée sous deux aspects successifs :

- A. Mesures de prophylaxie générale efficaces bien qu'à des degrés divers contre toute maladie, infectieuse ou autre; elles tendent en particulier à réaliser des conditions d'existence de nature à *s'opposer à un fléchissement du terrain*;
- B. Mesures de prophylaxie spéciales dirigées *contre le virus tuberculeux*.

A

MESURES DE PROPHYLAXIE GENERALE

I

Salubrité générale.

La prophylaxie générale relève, dans les établissements d'assistance, de ce qu'il est d'usage d'appeler la salubrité. Son importance primordiale à l'égard de la tuberculose a été maintes fois rappelée. Elle est, insistons, capitale.

Les auteurs qui, au début du siècle, se sont occupés de la tuberculose dans les asiles d'aliénés n'en ont certes pas fait fi. On trouve, à cet égard, de sages conseils dans les conclusions du *Comité de la tuberculose de l'Association médico-*

psychologique de Grande-Bretagne et d'Irlande ⁽¹⁾. Mais on peut dire, tout en rendant hommage aux diverses publications, que la pensée de cette époque était orientée d'une façon excessive vers la prophylaxie spéciale. La thèse même de ROUYER, qui reprend les idées de A. MARIE, ne tient pas assez compte des progrès réalisés dans la connaissance de l'endémie tuberculeuse.

II

Conditions de réalisation.

Cette préséance rendue à la prophylaxie générale, nous n'insisterons pas sur sa réalisation : on ne peut songer à traiter ici des conditions détaillées de salubrité d'un établissement d'aliénés. Les unes dépendent des installations matérielles et de leur entretien ; les autres, du fonctionnement des services médicaux et généraux. Nous nous bornerons à quelques exemples, mais nous voudrions au préalable souligner un principe : Telle condition de salubrité paraît au premier examen relever de l'autorité du directeur ou de l'activité de l'Economât, tandis que telle autre relèverait du médecin chef. **Il n'en est pas moins vrai que la réalisation satisfaisante des unes et des autres nécessite une collaboration médico-administrative confiante et poussée, d'ailleurs essentiellement prévue.** « L'intérêt général du service et des malades s'accommode bien mieux d'une collaboration avec les médecins que de l'affirmation inexacte d'une supériorité hiérarchique. » ⁽²⁾.

Cette collaboration doit faire l'objet de toute l'attention des médecins : en un mot, les intéresser. C'est à ce prix que cette politique — désirée de l'autorité supérieure — « qui... a donné des résultats si fructueux pour l'amélioration des

(1) *The Journal of mental science*, 1902. Analyse in *Ann. méd.-psych.*, 1905, t. II, p. 138.

(2) RAYNIER et BEAUDOUIN, *L'aliéné et les asiles...*, p. 194.

conditions de traitement et pour le bien-être des malades »⁽³⁾ pourra développer ses bienfaits. Visée par l'ordonnance de 1839 et le règlement-modèle de 1857, elle est, il n'est pas superflu de le rappeler, ainsi formulée en l'article 21 de ce dernier :

« Le médecin en chef est appelé à donner son avis motivé et écrit toutes les fois que le changement proposé intéresse le service médical ou est de nature à exercer quelque influence sur l'état sanitaire de l'établissement. »

1. — Quelques mesures relevant des installations matérielles.

On peut à cet égard renvoyer aux ouvrages qui traitent de la question, et en particulier à la récente publication des Docteurs RAYNIER et LAUZIER⁽⁴⁾ qui établit en matière de construction et d'aménagement asilaires une doctrine fruit des sages préceptes des anciens (PARCHAPPE⁽⁵⁾, CONSTANS, LUNIER et DUMESNIL⁽⁶⁾), des observations récentes de l'Inspection générale, d'une part, et de la technique, de l'hygiène scientifique, d'autre part.

Parlant de cette « charte technique » de RAYNIER et LAUZIER, approuvée par les personnalités les plus au courant de la vie des asiles, HAMEL écrit qu'il s'agit « d'un véritable bréviaire de l'aliéniste en matière de construction et d'aménagement, que chacun pourra lire rapidement et relire de même chaque fois que de besoin... »⁽⁷⁾.

Ce besoin est fréquent : il faut connaître cette doctrine, non seulement pour la respecter lors de la *construction* d'un établissement nouveau ou d'une *transformation importante*, — dans ce cas, d'ailleurs, la tutelle de l'Administration supé-

(3) Circulaire hygiène (aliénés), 26 août 1929.

(4) *La construction et l'aménagement de l'hôpital psychiatrique et des asiles d'aliénés*, Paris, 1935.

(5) *La construction et la fondation des asiles d'aliénés*, Paris, 1853.

(6) CONSTANS, LUNIER et DUMESNIL, *Rapport général sur le service des aliénés en 1874*, Paris, 1878.

(7) Un livre indispensable : *L'aliéniste français*, mai 1935, p. 242.

rière parvient en général à l'imposer — mais pour en imprégner les moindres modifications ou améliorations internes, qui, n'engageant pas « la question de système ou de régime intérieur » (8), relèvent financièrement, en vertu du décret du 25 mars 1852 et des lois de 1866 et 1871, du Conseil général. C'est bien là où pourra jouer utilement la collaboration médico-administrative.

Tous les conseils contenus dans l'ouvrage susvisé ont trait à la salubrité générale et, partant, à la lutte antituberculeuse, qu'il s'agisse du terrain d'assiette comme des installations sanitaires. Mais rien ne nous paraît plus important que les données numériques publiées en hors-texte. Aussi les reproduisons-nous en partie :

« Cube d'air par malade : dans les salles d'alitement, 30 à 40 m³ suivant les catégories.

» Surface par lit ou par malade :

En dortoirs, 8 à 10 m²;

En chambres individuelles, 11 à 12 m²;

Réfectoires, 1 à 2 m² au minimum suivant les catégories;

Salles de jour, 3 à 5 m² au minimum suivant les catégories;

Cours des quartiers, 50 m². Minimum tolérable pour pavillons n'hospitalisant pas des malades en état d'agitation, 20 à 25 m².

Espacement entre chaque lit : 1 m. 50, au minimum 1 m. 25. » (9).

Eau, 400^l par tête et par jour.

Nous n'ignorons pas tout ce qu'il peut y avoir de théorique à rappeler ces conditions idéales. Il faut compter avec les constructions et les installations réalisées, dont l'encombrement général de la plupart des asiles vient encore aggraver la déficience au point de devenir par lui-même un facteur non négligeable de tuberculisation. A plusieurs reprises, les médecins de Clermont n'ont pas craint de le rappeler dans

(8) Circulaire du 5 mai 1858.

(9) RAYNIER et LAUZIER, *op. cit.*, p. 151.

leurs rapports (cf. ceux de 1930 et 1934, Dr PIGNÈDE). C'est un danger contre lequel il convient de lutter par les mesures appropriées (constructions, création de colonies familiales, etc.).

On peut cependant former le vœu que, malgré la modicité des crédits affectés aux améliorations, il sera possible d'atténuer l'encombrement et d'approcher progressivement et assez rapidement des conditions satisfaisantes en ce qui concerne notamment les évacuations des nuisances, les installations sanitaires, l'entretien des peintures — qui étaient souvent encore rudimentaires et insuffisants en 1923, selon le Rapport d'ensemble de l'Inspection générale.

Si l'on peut considérer que certaines de ces modernisations doivent être retardées par des considérations financières, quelques-unes ne sont pas au-dessus des ressources annuelles des asiles. Faut-il signaler, à ce point de vue, qu'une réfection périodiquement rythmée des *peintures* constitue une excellente mesure prophylactique ?

Mais tout n'est pas dans les installations : les méthodes de fonctionnement des services peuvent beaucoup pour l'hygiène générale.

2. — Quelques mesures relevant du fonctionnement du service.

Certaines situations actuelles pourraient être utilement modifiées par des installations peu coûteuses. Nous pensons, en particulier, à la *propreté corporelle*, pour laquelle l'insistance d'un personnel assez nombreux et surtout bien éduqué pourrait obtenir mieux encore, notamment pour le *lavage des mains* avant les repas, et les *soins bucco-dentaires* si généralement négligés.

Dans le même ordre d'idées, on peut se demander si une cadence plus fréquente dans le *blanchissage des draps, couvertures, linges de corps*, et également des *vêtements*, y compris les camisoles de force rapidement souillées, ne constituerait pas une efficace prophylaxie dans les établissements

où cette cadence est trop parcimonieusement prévue, en particulier à l'égard des malades calmes et travailleurs, comme si quelque recherche d'équilibre voulait faire compenser par ces derniers les excès des malpropres. Il y a lieu d'interpréter libéralement les articles 145 et 146 du règlement modèle.

A côté de ces mesures de prophylaxie générale qui retiennent assez directement sur les budgets, il en est d'autres qui relèvent uniquement d'une bonne organisation du service intérieur et de la tenace volonté des divers chefs de service.

a) *Propreté des locaux.*

On peut, à titre d'exemple, signaler la propreté des locaux. Elle est, en général, satisfaisante (ceux qui pénètrent pour la première fois dans un service d'aliénés ne manquent jamais d'en être surpris); mais les moyens par lesquels elle est obtenue, le sont-ils toujours ? Malgré *l'interdiction catégorique du balayage à sec*, rappelée dans la circulaire du ministère de l'Hygiène du 20 mars 1920 (1^{er} Bureau, Asiles publics d'aliénés, Prophylaxie de la tuberculose), on doit reconnaître que celui-ci est encore trop souvent pratiqué. Nous ne pensons pas qu'on doive interpréter cette interdiction dans le sens d'un anathème contre les parquets cirés. L'encaustiquage donne aux dortoirs des malades calmes et propres un aspect de propreté qui n'est pas une simple illusion. Il existe des sciures humides spéciales pour leur balayage, et de plus, la présence dans la cire de produits balsamiques ne doit pas être sous-estimée.

Dans la pratique du « ménage », il est bien d'autres techniques hygiéniquement défectueuses, dont il faut s'efforcer de diminuer les inconvénients, mais dont il faut avouer qu'elles ne sont pas près de disparaître ! (Manipulation du varech, par exemple.)

b) *Enlèvement et destruction des ordures ménagères.*

L'enlèvement et la destruction des ordures ménagères ne sont pas toujours pratiqués avec assez de soin, dit encore

le Rapport de 1923. Nous connaissons tel asile où les ordures sont entassées d'une façon rudimentaire dans les cours des quartiers où elles sont à la disposition des malades et des volailles (lorsqu'il existe un petit élevage interne), en attendant d'être transportées, non moins empiriquement, en un dépôt plus central... où elles séjourneront encore avant de parvenir à leur lieu de destruction. Méthodes éminemment favorables à la pullulation des mouches et des rats, nuisibles à la salubrité générale, mais qui paraissent toutes naturelles au personnel, qui n'en est nullement incommodé.

De semblables faits ne sont cités que pour rappeler combien la salubrité est fonction d'une infinité de détails pour lesquels le médecin doit intervenir, et parfois avec une insistante ténacité, pour exercer la plénitude des devoirs que lui impose l'article 59 du règlement-modèle qui le charge de veiller « à la bonne tenue des salles et des quartiers. »

c) *Aération des locaux.*

C'est aussi l'influence persuasive du médecin qui saura obtenir du personnel une *aération* convenable des locaux de jour et de nuit. Celle-ci est, la plupart du temps, à notre sens, tout à fait insuffisante. Nous savons qu'à ce point de vue nous sommes exigeant et que, dans le « monde », nous constatons la même carence.

Mais ici, où nous parlons de prophylaxie antituberculeuse, et quelles que soient les habitudes et les préférences de chacun, nous sommes certain que personne ne nous contredira sur les bienfaits de la vie au grand air dont on doit, dans la mesure du possible, s'efforcer de réaliser les conditions même à l'asile. Outre la tendance de l'homme civilisé à négliger cette aération qui explique en grande partie nos constatations, nous nous demandons si l'emploi à l'asile de fenêtres mal adaptées à leur fonction spéciale et qui ne donnent pas assez de garanties à l'égard de la sécurité, ne serait pas une raison de cette insuffisance.

Ne doit-on pas préférer une grille qui permette une large

aération à une fenêtre ordinaire aux trois quarts condamnée ?

Il peut paraître puéril d'insister sur cette question d'ouverture des fenêtres; mais il faut pourtant en souligner l'importance.

L'aération ne se borne pas à ces mesures dont les intempéries et les nécessités du chauffage réduisent la portée. Elle s'obtient, en outre, par le séjour des malades dans la cour des pavillons. A cet égard, il faut inciter le personnel à diriger par beau temps, vers l'extérieur, les stuporeux et tous ceux qui ne s'y rendent pas spontanément.

d) *Réglementation du travail.*

Par ailleurs, dans les asiles où le travail est encore organisé d'une façon systématique à l'intérieur de chaque pavillon, il convient — surtout dans les services de femmes où le travail effectué, couture, raccommodage, aboutit à une immobilisation excessive — de veiller à une limitation raisonnable des séances et à une bonne utilisation des récréations. Ces sages mesures sont inscrites au règlement (art. 174, 176), mais il faut s'assurer qu'elles ne sont pas négligées en fait, particulièrement dans les établissements à personnel religieux. Si les dispositions de ces articles ne paraissent pas assez libérales, le médecin ne manquerait pas d'user des facilités de l'article 151, par lequel il « limite... pour les travaux quels qu'ils soient, quand il le juge nécessaire, la durée de la journée de travail. »

e) *Utilisation des cours. Promenades.*

L'effet bienfaisant du séjour dans la cour-jardin, sous les préaux peut encore, pour un nombre assez élevé de malades, être complété par des promenades sous la surveillance d'infirmiers (voire même par des séances d'exercices physiques). Il y a d'abord les promenades à l'extérieur prévues par l'article 170 du règlement et dont l'usage, tout en devant rester assez espacé, pourrait être, pour le plus grand bien des assistés, rendu moins exceptionnel, notamment dans les asiles semi-ruraux.

Il y a aussi les promenades à l'intérieur de l'établissement: le domaine cultural offre en général, à ce point de vue, des possibilités qu'il convient de ne pas négliger. Nous sommes ainsi amené à considérer l'*open door*, « si l'on entend sous ce terme, dégagé de sa signification originale, la méthode qui consiste à accorder aux malades la plus grande liberté possible... » ⁽¹⁰⁾, comme une excellente mesure de prophylaxie antituberculeuse.

3. — Mesures relevant de l'alimentation.

Les remarques au sujet de l'alimentation seront brèves, et nous faisons renvoi à l'important article paru dans *L'aliéniste* en 1934 ⁽¹¹⁾. D'ailleurs, l'expérience montre que l'alimentation des aliénés, dans la plupart des établissements, est satisfaisante, au moins au point de vue quantité.

Ce n'est pas, non plus, sur la possibilité d'utiliser les mets de remplacement afin de compléter le menu de quelques sujets suspects que nous désirons attirer l'attention, mais bien sur l'intérêt (que nous avons, d'ailleurs, évoqué aux « Généralités ») d'une alimentation variée. Une mention particulière doit être faite pour les légumes verts et les crudités ⁽¹²⁾. Comme dans toutes les agglomérations soumises à une cuisine collective, ceux-ci sont presque toujours insuffisants à l'asile... et parfois même totalement absents du régime commun, entraînant des troubles constatés dans certains asiles : rapport de Clermont, 1927 ⁽¹³⁾.

Le rôle de ces aliments dans la prophylaxie de la tuber-

(10) RAYNIER et BEAUDOUIN, *L'aliéné et les asiles...*, p. 467.

(11) RAYNIER et BEAUDOUIN, *L'aliéniste français*, mars, avril, mai 1934.

(12) On a pu signaler dans certains établissements la prohibition systématique de crudités en vue de prévenir des épidémies dysentériques.

En matière d'hygiène alimentaire, cette interdiction nous paraît critiquable. Un lavage dans une eau additionnée de permanganate de potasse pourrait d'ailleurs, selon TANON, parer aux dangers de crudités éventuellement contaminées.

(13) ... « Les phénomènes de carence, avec purpuras, gengivites, etc., que nous signalions déjà dans notre rapport de 1925, se rencontrent toujours dans nos services. » Rapport des Docteurs GUIARD, CHÈZE, DEMAY et LAUZIER.

culose — pour être récemment admis — n'est plus aujourd'hui contesté. Nous savons toute la difficulté qu'il peut y avoir à les introduire dans le régime d'une collectivité : mais certains économes y sont parvenus sans dépense excessive par des achats judicieux, et il semble que, grâce à une exploitation rationnelle d'un vaste potager — et en ne réservant pas d'une façon systématique le produit de celui-ci aux pensionnaires des classes supérieures —, la chose soit relativement aisée. Dans certains établissements enfin, l'entretien de petits jardins de quartier, distraction goûtée des malades, parvient à compléter utilement à ce point de vue le régime « officiel ».

III

Ces quelques notions très fragmentaires et empruntées à des chapitres variés : aménagements intérieurs, organisation des services, régime alimentaire, n'ont pas, certes, la prétention d'étudier dans toute son ampleur la question de la prophylaxie générale : elles visent simplement à rappeler la complexité du sujet *et à souligner, en définitive, qu'il est peu d'actes dans la vie d'un asile auxquels on ne puisse reconnaître une influence sur la lutte antituberculeuse.*

B

PROPHYLAXIE SPECIALE AU BACILLE DE KOCH

I

Tant que l'innocuité du virus tuberculeux n'aura pas été démontrée — et nous avons vu qu'en l'état actuel de nos connaissances il doit encore être considéré comme redoutable pour certains sujets — des mesures visant à en empêcher l'introduction dans l'organisme humain seront justifiées.

II

On a coutume d'étudier ces mesures sous deux aspects :

— *destruction* des bacilles d'une part;

— méthode s'opposant à leur *dissémination*, d'autre part.

On peut considérer, dans la nature, deux réservoirs de virus : l'homme et certains mammifères.

1. — Lutte contre le virus d'origine animale.

a) *La question du lait.*

La possibilité de la présence de B. K. dans le lait de vache est bien connue. Il s'agit, en général, d'un virus de type bovin, type instable, qui peut s'adapter à l'homme et l'infecter. Des analyses bactériologiques ont montré que certaines manifestations tuberculeuses relevaient de ce virus. Mais l'accord n'est pas fait sur l'importance réelle du danger encouru par l'ingestion de lait infecté de bacilles virulents. Au demeurant, on le conçoit, la question est surtout d'importance pour les enfants, dont le régime lacté constitue l'alimentation de base et qui sont indemnes de toute tuberculose biologique.

Les pédiatres de langue anglaise redoutent cette source de contamination, beaucoup plus que les Français, lesquels, il faut le dire, ne la nient nullement.

Au point de vue pratique, dans une collectivité fermée, telle qu'un asile d'aliénés, où il n'y a pas de nourrissons, il semble que l'on puisse se borner à ne consommer le lait qu'après ébullition. La question serait plus complexe au cas où, dans l'esprit de la loi du 5 août 1917, l'établissement comporterait une crèche, régie par le décret du 9 novembre 1923.

Pour le lait produit sur place, il convient de s'assurer de la non-tuberculisation des animaux producteurs. On dispose des réactions tuberculiniques — intradermo-réaction en particulier. Ces sages mesures sont d'ailleurs appliquées dans la plupart des établissements, et il n'y a pas lieu d'insister : elles relèvent en principe d'un vétérinaire.

b) *La surveillance des viandes.*

La surveillance des viandes d'alimentation susceptibles d'être infectées nous retiendra peu. Les livraisons des fournisseurs adjudicataires, dont les produits sont traités dans les abattoirs publics soumis à la surveillance vétérinaire réglementaire, ne nécessitent pas, en principe, de mention particulière.

« Il existe des laboratoires officiels pour la recherche des fraudes, une inspection des services de la répression des fraudes et falsifications alimentaires...; une surveillance des halles et marchés par les services municipaux et les bureaux d'hygiène, etc., avec lesquels les asiles ont intérêt à se tenir éventuellement en contact. » (14).

Il n'en est plus toutefois de même dans les asiles où existent des tueries particulières, « établissements classés qui devraient être surveillés par un homme de l'art...; c'est pourquoi, à défaut de vétérinaire, il est indispensable d'organiser, en ce qui concerne ces tueries, une surveillance régulière par les médecins de l'asile » (15). Surveillance élémentaire, sans doute, mais suffisamment indépendante de leurs fonctions usuelles pour qu'ils ne les puissent remplir qu'après s'être documentés dans quelque précis, et pour laquelle ils auront tout intérêt à pouvoir entrer en contact avec un vétérinaire compétent.

A l'égard de la tuberculose, c'est particulièrement vis-à-vis des *porcs* qu'il convient de redoubler de vigilance. Calmette a souligné que ceux-ci se montraient tuberculeux dans une proportion de l'ordre de 4 p. 100. Cette situation paraît pouvoir être attribuée à l'alimentation des porcs par des produits de laiterie infectés.

Cette cause n'intervient qu'exceptionnellement dans les établissements hospitaliers; mais il faut connaître la possibilité d'infection de l'animal par ingestion des résidus ali-

(14) RAYNIER et BEAUDOUIN, *L'aliéné et les asiles...*, p. 398.

(15) Id., *ibid.*, p. 398.

mentaires insuffisamment recuits, provenant d'hospitalisés tuberculeux⁽¹⁶⁾. Ce n'est pas, à l'asile, un danger théorique, quand on songe à la diffusion de la tuberculose, au comportement des malades, et à l'importance des eaux grasses dans l'élevage porcin.

Pour remédier à cet inconvénient, nous ne saurions trop recommander de faire *recuire* les déchets destinés aux porcs avant leur distribution. Cette pratique est trop souvent négligée, même dans certains sanatoriums.

Par ailleurs, on pourra, comme on fait pour les bovidés, surveiller l'animal par les réactions tuberculiniques. L'infidélité des réactions thermiques doit faire préférer l'injection intradermique, dont l'oreille est le lieu d'élection. Cette pratique est d'autant plus justifiée que le diagnostic anatomique est parfois difficile. L'examen doit être particulièrement soigneux au niveau des ganglions lombaires et cervicaux.

2. — Prophylaxie dirigée contre le bacille d'origine humaine.

a) *Sa base: isolement et stérilisation.*

Ayant suffisamment précisé aux « Généralités » la place qu'il convient d'attribuer au contagement dans l'étiologie de la tuberculose — dans une agglomération d'adultes, s'entend — nous sommes désormais parfaitement à l'aise pour répéter, avec tous les auteurs, que l'homme constitue la source primordiale de contagement. De même, nous avons redit l'importance des expectorations bacillifères. Avec CALMETTE et ANGLADE, nous avons toutefois souligné le rôle non négligeable des selles infectées.

Faut-il insister davantage et exposer les conceptions des auteurs sur le rôle des gouttelettes de Pflügge, des crachats desséchés, etc. ? Sur celui réciproque de l'inhalation et de l'ingestion ? A ce dernier point de vue, nous avons déjà sou-

(16) Souvent aussi l'infection de l'animal provient du hongreur; il sera sage de s'assurer que celui-ci ne présente pas de tuberculose ouverte.

ligné combien la théorie digestive de CALMETTE nous séduisait. Au sujet du premier, n'est-il déjà pas excessif de redire la vitalité du bacille de Koch, qui conserve sa virulence dans les albumines desséchées, si ce n'est une occasion de répéter aussi sa relative fragilité à la lumière et au soleil — trois jours d'exposition à la première et quelques heures au second détruisent sa virulence — relative fragilité, qui vient donner à la prophylaxie générale, à l'hygiène générale, une teinte de spécificité (en particulier pour ce qui a trait à la propreté, au ménage, à l'aération, etc.).

Ces derniers faits rappelés, il ne nous paraît pas nécessaire de reproduire les renseignements que l'on peut trouver partout et que tout le monde connaît, pour avoir le droit d'affirmer que la prophylaxie dirigée contre le bacille humain doit comporter des mesures visant à s'opposer à la dissémination des produits infectés — expectorations, selles, pus, etc. — et à réaliser la destruction des bacilles qu'ils contiennent. Nous en savons assez également pour esquisser les méthodes permettant de réaliser — au moins mal — ces conditions à l'asile.

Dans le but de lutter contre la dissémination des bacilles de Koch, la circulaire du 13 juin 1901 (ministère de l'Intérieur) prescrit, dans les établissements d'aliénés :

« 1° Affichage dans tous les locaux occupés par le personnel ou les malades de la « défense de cracher à terre »...; 2° installation dans ces locaux, et en nombre suffisant, de crachoirs hygiéniques à un mètre du sol, bien en vue et au voisinage desdites affiches. »

Ce sont là de sages mesures, bien que le second point, en particulier, appelle quelques réserves; nous les discuterons plus loin. Il suffit de voir comme est peu respectée l'interdiction de cracher à terre, même dans les milieux instruits, pour concevoir combien ces mesures s'avèrent peu efficaces parmi les aliénés rebelles aux conseils d'hygiène.

Est-ce à dire qu'il ne faille pas tenter de les appliquer ?

Certes non. Il n'est pas prouvé que, dans des quartiers très propres, dans les pavillons des malades calmes, la ténacité du personnel infirmier ne saurait pas obtenir des résultats encourageants : l'exemple du surveillant du pavillon des aliénés tuberculeux de Chezal-Benoît est typique à cet égard.

Quoi qu'il en soit, il n'est pas douteux dans les asiles que la mesure primordiale pour s'opposer à la dissémination des bacilles de Koch et pour faciliter leur destruction, est l'*isolement*, voire même le groupement des tuberculeux entre eux avec isolement par rapport aux sujets réceptifs, méthode qui suppose le décelage préalable de toutes les tuberculoses de l'établissement, et plus particulièrement des tuberculoses ouvertes.

Ce dernier point ayant fait l'objet du précédent chapitre, c'est cet isolement et ses conditions de réalisation que nous allons maintenant étudier.

b) *Méthodes spécifiques complémentaires: B.C.G.S.C.*

Auparavant, évoquons brièvement une méthode spécifique de prophylaxie : la vaccination par le bacille atténué Guérin-Calmette. Quoi qu'il en soit de sa valeur, il est évident que son intérêt est assez restreint à l'asile, puisqu'on y rencontre en grande majorité des sujets à « cuti positive » et déjà infectés par le bacille de Koch.

Le principe du B. C. G. est, on le sait, le suivant : obtenir une prémunition vis-à-vis du B. K. en créant une primo-infection avec un bacille avirulent. Prémunition qui durera (voir 1^{re} partie) tant que persisteront des bacilles dans l'organisme.

Cette vaccination sera réalisée chez le nourrisson, rappelons-le, « par voie buccale, car la muqueuse intestinale du nouveau-né, jusqu'au quinzième jour environ, est encore tapissée de cellules incomplètement différenciées, et dont le pouvoir phagocytaire est intense » (17).

(17) TURPIN, La vaccination contre la tuberculose par le B. C. G., *Thérap. méd.* (Lœper), t. IV, chap. XI, p. 180.

Pour l'utilisation éventuelle à l'asile, il peut être intéressant de signaler les ampoules de 2 cm³ délivrées par l'Institut Pasteur, contenant 1/50 de milligramme de B. C. G. — ampoules dites B. C. G. S. C. — destinées à la vaccination par voie sous-cutanée. En effet, « cette méthode peut servir à revacciner des enfants déjà prémunis à la naissance, ... si le sujet ne réagit plus aux tests tuberculiniques, qui, seuls, dans l'état actuel des recherches, posent les indications de cette mesure. Elle peut servir, d'autre part, à *vacciner pour la première fois tout sujet qui, par son âge, a dépassé les limites de la vaccination entérale* » (18).

Les enfants des services d'arriérés rentrent parfois dans ces catégories. Pour eux, il n'est pas douteux que c'est une sage prophylaxie antituberculeuse de les faire bénéficier de cette nouvelle méthode. Nous ne savons si la chose a été faite, mais nous n'en avons trouvé nulle trace dans notre documentation.

De même, si un établissement s'avérait particulièrement tuberculisant, que l'on fût convaincu qu'il s'agisse de contagiosité vraie, et que les mesures d'isolement se montrassent absolument déficientes, il pourrait être tentant d'appliquer cette même méthode *aux adultes* — ruraux surtout — *indemnes d'infection*. Mais nous pensons qu'en fait cette pratique doit être surtout réservée au personnel particulièrement exposé. Nous y reviendrons plus loin; mais rappelons, énoncées par TURPIN, les conditions d'application de cette vaccination sous-cutanée :

« Certaines précautions préliminaires et consécutives doivent être prises, qui se ramènent à deux propositions : l'épreuve tuberculinique probatoire et l'isolement prophylactique.

» L'épreuve tuberculinique probatoire consiste en deux cuti-réactions faites à une semaine d'intervalle, ou une intradermo-réaction avec une goutte de tuberculine pure. Si le sujet à vacciner cohabitait auparavant avec un tuberculeux, il doit être isolé de ce

(18) TURPIN, in *Thérap. méd.*, t. IV, chap. XI, p. 188.

milieu pendant un mois et demi à deux mois, durée moyenne de la phase antéallergique de L. BERNARD et R. DEBRÉ, qui doit être observée en ce cas pour que l'épreuve tuberculinique probatoire garde toute sa valeur.

» Lorsque l'épreuve tuberculinique est positive, la revaccination est inutile, puisque ce résultat témoigne alors de la persistance au sein des tissus, soit du bacille-vaccin, soit de bacilles virulents, provenant de contacts fortuits post-vaccinaux, et qui sont tolérés sans aucun dommage par l'organisme vacciné, dont ils renforcent sans doute l'immunité.

» La vaccination effectuée, l'isolement prophylactique de quatre à six semaines s'impose, afin de laisser à l'organisme le temps d'acquérir l'immunité recherchée, à l'abri de toutes contaminations virulentes. » (19).

(19) *Loc. cit.*, p. 188-189.

CHAPITRE III

L'ISOLEMENT DES TUBERCULEUX

I

Base réglementaire.

L'isolement des tuberculeux dans les établissements de bienfaisance « qui doivent donner l'exemple » est, depuis les travaux de la Commission extraparlamentaire devenue la Commission permanente de la Tuberculose, une règle de médecine administrative sanctionnée et précisée par diverses circulaires. Prescriptions nullement rapportées, qu'il convient encore d'appliquer. L'intérêt de cette mesure, pour avoir été un temps exagéré, n'en demeure pas moins, nous l'avons vu, considérable.

Parmi ces textes officiels on peut citer : la circulaire du 15 janvier 1904, où les établissements hospitaliers trouvaient notamment les prescriptions suivantes :

« 1° Dans tous les hôpitaux publics, les administrations compétentes doivent interdire toute relation directe ou indirecte entre les malades tuberculeux et les... non tuberculeux;

» 2° Les tuberculeux doivent être soignés dans des hôpitaux distincts qui leur sont exclusivement consacrés...;

» 3° Dans les villes où l'affectation aux tuberculeux d'un hôpital tout entier est impossible, des quartiers distincts leur seront exclusivement réservés;

» 4° Même dans le cas où l'on ne pourra faire ni hôpital, ni

quartier spécial, les tuberculeux ne devront pas être soignés dans la même salle que les non-tuberculeux » (1).

Pour les établissements d'aliénés, l'Administration supérieure n'avait pas attendu l'élaboration de ces règles précises, et par circulaire du 13 juin 1901, sous le timbre du 4^{er} Bureau (Direction de l'Assistance et de l'Hygiène), le ministre écrivait :

« Pour mettre obstacle à une cause particulière aux établissements hospitaliers et notamment aux asiles d'aliénés, celle provenant de la promiscuité des malades contaminés et de ceux qui ne le sont pas, je vous invite à prescrire, dans les asiles publics ou asiles privés faisant fonction d'asiles publics de votre département, autant que les locaux le permettront, l'établissement d'un quartier spécial destiné à l'isolement des aliénés tuberculisés » (2).

La circulaire déjà citée du 20 mars 1920 (Hygiène, Direction de l'Assistance, 4^{er} Bureau), relative à la prophylaxie de la tuberculose dans les asiles publics d'aliénés, prescrit également : « 1^o Isolement des tuberculeux dans des salles spéciales..., etc. »

Pour les asiles, il y a lieu de remarquer enfin, du point de vue réglementaire, que l'ordonnance du 18 décembre 1839, dans son titre II visant spécialement les asiles privés — mais *a fortiori* applicable aux asiles publics — impose par le 4^e paragraphe de l'article 22 « des locaux particuliers pour les aliénés atteints de maladies accidentelles ».

Avant « l'ère bactérienne pastoriennne et... la découverte de Koch » (3), ses rédacteurs ont-ils eu en vue « l'affectation le plus souvent chronique » qui résulterait de l'application des mesures rappelées plus haut ? On pourrait même, à la rigueur, considérer cette affectation chronique comme en contradiction partielle avec le 3^e paragraphe de ce même article 22 concernant la nécessité « de séparer complètement

(1) Ministre de l'Intérieur à Préfets; sous le timbre de la Direction de l'Hygiène, 3^e Bureau, *Revue des établissements de bienfaisance...*, 1904, p. 39.

(2) *Revue des établissements de bienfaisance...*, 1901, p. 226-227.

(3) *Ann. méd.-psych.*, 1923, t. I, p. 37.

l'enfance et l'âge mûr; d'établir un classement régulier entre les convalescents, les malades paisibles et ceux qui sont agités; de séparer également les aliénés épileptiques ». Il est vrai que l'on pourrait aussi, avec non moins de raison, selon nous, voir dans la prescription relative à l'isolement des tuberculeux une précision au 4^e paragraphe de cet article 22.

II

1. — Application hospitalière.

Il serait hors de propos d'étudier ici l'application des diverses recommandations concernant cet isolement dans les formations sanitaires telles que les hôpitaux — sauf peut-être en ce qui concerne quelques réalisations récentes — car il paraît difficile de s'en inspirer utilement dans les asiles où les circonstances sont différentes. Mais il est intéressant de noter l'évolution des pratiques dans les grandes administrations hospitalières.

L'exemple de l'Assistance publique à Paris est instructif. BELLIERE le souligne dans sa thèse⁽⁴⁾ en montrant combien la substitution — en voie de réalisation progressive — aux salles de tuberculeux annexes des services de médecine générale de services uniquement consacrés à cette catégorie de malades s'avère aussi intéressante au point de vue prophylactique, notamment à l'égard du personnel, qu'au point de vue thérapeutique.

C'est une notion dont il y a lieu de faire son profit à l'Asile.

2. — Application asilaire. Que valent les méthodes employées, les solutions proposées ?

Comment peut-on concevoir à l'asile la réalisation de cet isolement ? Que valent les méthodes employées, les solutions proposées ?

(4) Paris, 1932, n° 283.

Notons, d'emblée, que l'isolement peut être envisagé comme une simple mesure *prophylactique* applicable aux tuberculoses ouvertes. Cette conception est manifestement insuffisante : il convient également de considérer la question sous l'angle *thérapeutique* d'où, parmi les tuberculoses ouvertes, séparation des incurables et des curables ou améliorables, avec simple isolement prophylactique des premiers, d'une part, isolement prophylactique et thérapeutique des seconds, d'autre part.

Cette façon de voir a ses défenseurs; elle simplifie le problème, et peut, dans l'ensemble, être regardée comme satisfaisante.

Elle nous paraît, à nous, trop exclusive. Nous considérons, — et c'est une des raisons pour lesquelles nous avons dans notre première partie assez longuement analysé les progrès de la thérapeutique de la tuberculose, l'évolution qui en est résultée dans l'organisation de la lutte antituberculeuse : création de la formule d'hospitalisation dite « Sanatorium suburbain » — qu'il convient de donner à tous les aliénés tuberculeux, sans vouloir faire un discernement trop absolu dans l'évolution probable de leur affection, dans des conditions techniques hygiéniques et climatiques non idéales sans doute, mais suffisantes, le traitement approprié à leur état.

C'est dire que, selon notre pensée, tout isolement doit s'inspirer à la fois des nécessités prophylactiques et thérapeutiques : si la prophylaxie nécessite certains aménagements, la thérapeutique — et en particulier la thérapeutique de base, la cure d'air, — en impose également.

Selon que l'on adopte l'une ou l'autre des trois attitudes, la valeur des diverses méthodes d'hospitalisation des internés tuberculeux est toute différente.

Comme l'écrivent RAYNIER et BEAUDOUIN, puis RAYNIER et LAUZIER :

« Il ne faut pas se dissimuler ... que la question de l'isolement des aliénés tuberculeux contagieux présente de nombreuses difficultés; celles-ci tiennent à la catégorie des malades d'asile sur

lesquels, bien souvent, l'éducation hygiénique ne peut avoir aucune prise, ... et dont l'état mental, surajouté, nécessite des installations diverses. » (3).

Il n'y a donc pas lieu d'être étonné qu'en un nombre important d'établissements, la Circulaire du 15 juin 1901 soit, quant à l'isolement en salle ou quartier spéciaux, restée lettre morte malgré le bon vouloir des médecins et des administrateurs.

a) *De l'hospitalisation des tuberculeux à l'infirmerie en salle commune.*

C'est le cas notamment dans les asiles où les tuberculeux valdes — étiquetés guéris et non contagieux — séjournent en salle commune dans les divers pavillons de classement en rapport avec leur état mental, et où les sujets en poussée évolutive sont envoyés à l'infirmerie, exception faite des agités et des malpropres qui sont en général conservés dans leur quartier.

Pour la première catégorie, cette pratique peut être tolérable pour autant d'ailleurs que les sujets qui en bénéficient sont soumis à une surveillance médicale rigoureuse qui s'assure de leur non-contagiosité — expectoration abacillaire — et de la stabilisation de leurs lésions. Elle ne nous paraît nullement recommandable en raison, d'une part, de la difficulté de veiller au respect strict des conditions ci-dessus rappelées, et, d'autre part, des dangers de réactivation que fait subir aux malades ainsi hospitalisés la discipline du régime commun.

Pour les tuberculeux en activité lésionnelle, par contre, et bacillifères, le séjour à l'infirmerie en salle commune doit être considéré comme condamnable au double point de vue de l'hygiène et de la thérapeutique.

Sans entrer dans des considérations oiseuses, on peut,

(3) RAYNIER et LAUZIER, *op. cit.*, p. 82.

semble-t-il, reproduire ici quelques-uns des arguments qui justifient cette conception.

Du point de vue prophylactique, on remarquera que si le maintien en salle commune à l'infirmerie des tuberculeux satisfait aux prescriptions de l'article 22 de l'ordonnance de 1839, il ne constitue nullement un isolement. Il est même particulièrement néfaste puisqu'il met en contact des bacillaires et des sujets anergiques pour lesquels il est prudent de craindre les réinfections exogènes comme les endogènes. Il y a là un danger analogue à celui que rappelait SÉRIEUX, en 1903, lorsqu'il écrivait que les tuberculeux ne devraient jamais être admis dans le service de surveillance continue « où se trouvent des aliénés affaiblis... » (6).

Du point de vue thérapeutique, notons que si les tuberculeux se trouvent au milieu de malades pour lesquels une température élevée égale est de rigueur, il est impossible de leur assurer l'aération nécessaire : cela constitue, surtout lorsqu'il s'agit de curables, un inconvénient des plus graves.

b) *De l'hospitalisation en chambre d'isolement.*

On a pu prétendre remédier à ces insuffisances en faisant séjourner les aliénés tuberculeux en chambre d'isolement à l'infirmerie, et en consacrant à un bacillaire malpropre ou agité une cellule de son quartier de classement.

Cette méthode serait-elle exempte de toute critique hygiénique — et elle ne l'est que très partiellement — qu'elle ne saurait être regardée comme pratiquement réalisable, le nombre des cellules annexées tant à l'infirmerie qu'aux divers pavillons obligeant en fait à les réserver à des usages plus impérieux. Par ailleurs, on peut remarquer que la conservation en cellule dans son quartier d'origine d'un tuberculeux s'avère prophylactiquement insuffisante. Elle est notoirement inefficace lorsqu'il s'agit de malades valides ou semi-valides, qui, en dehors des heures d'alitement, sont en contact avec

(6) *L'assistance des aliénés...*, p. 448.

leurs compagnons et risquent d'autant de les contaminer — dans la mesure où ils sont susceptibles de l'être, il est vrai — que ce sont précisément les sujets plus rebelles aux conseils d'hygiène que l'on a dû maintenir dans le pavillon de classement. Elle est peu efficace, même lorsqu'il s'agit de malades alités puisqu'ils sont assistés par un personnel auquel ses multiples occupations ne permettent pas de prendre, chaque fois qu'il serait nécessaire, les précautions d'hygiène et de propreté d'usage. En outre, elle complique singulièrement les mesures de désinfection (crachoirs, sol, etc.) en multipliant à l'infini les points où elle a à intervenir.

c) *De l'hospitalisation en salle spéciale.*

L'affectation aux tuberculeux, en annexe à l'infirmierie *d'une salle spéciale dotée elle-même, au besoin, de cellules*, constitue un sérieux progrès sur les solutions précédentes. Elle est conforme à la doctrine administrative. Mais, comme l'ont écrit RAYNIER et LAUZIER :

« L'isolement en salles spéciales ne répond pas pleinement... aux exigences prophylactiques d'une tuberculose ouverte, puisqu'il ne peut s'opposer à la dissémination des crachats que pour les malades alités, et qu'il laisse en dehors de son action ceux qui peuvent circuler dans les locaux de jour et dans la cour. » (7).

C'est une des critiques que nous fîmes à l'isolement au pavillon de classement même. La valeur de cette objection est d'ailleurs ici plus considérable puisque les sujets avoisinants, susceptibles d'être contaminés, sont en grand nombre anergiques. La seconde difficulté — celle pour le personnel de prendre à chaque fois les précautions nécessaires — ne peut lui être totalement épargnée. Le voisinage de l'infirmierie entraîne en général un personnel commun, et la description de BRIAU, où l'on voit un infirmier quitter un

(7) *Op. cit.*, p. 82.

tuberculeux qu'il vient de changer de linge pour aller secourir un « digestif » dans les affres d'un vomissement laborieux⁽⁸⁾, n'est nullement une hypothèse hasardeuse.

En outre, la proximité de l'infirmerie jointe à l'insuffisance des éléments cellulaires de la salle spéciale fera souvent une obligation de laisser en son pavillon de classement un mal-propre ou un agité tuberculeux.

C'est assez dire que cette pratique, *progrès indéniable sur les autres méthodes* — car elle facilite considérablement les mesures d'hygiène et de désinfection, et rend possible la thérapeutique quasi irréalisable autrement — doit être, selon nous, considérée comme insuffisante. C'est pourtant, actuellement, la solution adoptée dans les asiles les plus satisfaisants au point de vue de l'hygiène.

Elle peut être améliorée par le développement des annexes, — outre chambres d'isolement, réfectoire particulier, laverie de vaisselle, cour spéciale, séparation *stricte* d'avec l'infirmerie, bien que communication possible, à la rigueur, par porte maintenue fermée en service normal.

C'est la solution décrite par Raynier et Lauzier dans leur étude du pavillon d'infirmerie⁽⁹⁾. Dans la pensée des auteurs, cette formule paraît devoir permettre de recueillir non pas tant les malades de comportement docile que les curables, ou, mieux, ceux qui semblent pouvoir être traités efficacement, les intraitables, les insociables devant être conservés aux quartiers de classement, dans des cellules — voire même groupées en petites annexes, au pavillon des gâteaux notamment.

d) *De l'hospitalisation en pavillon spécial.*

Ainsi complétée, cette formule n'est pas essentiellement différente de l'*hospitalisation en pavillon spécial* uniquement

(8) Cf. *Arch. int. de neurol.*, avril 1934, p. 167.

(9) *La construction et l'aménagement de l'hôpital psychiatrique...*, p. 59. Voir dans cet ouvrage un plan répondant à cette description, p. 163 (Asile de Bailleul), et, plus imparfaitement, p. 178 (Asile d'Armentières).

réservé aux tuberculeux qui, considéré sous l'angle théorique, nous paraît personnellement préférable, à condition que ces locaux permettent :

- 1° D'isoler les aliénés tuberculeux des autres aliénés;
- 2° De recevoir tous les aliénés tuberculeux quel que soit leur comportement;
- 3° De pratiquer commodément les mesures d'hygiène et de désinfection en réduisant au minimum les inefficacités de celles-ci liées à l'indocilité des assistés;
- 4° D'assurer les conditions techniques du traitement de la tuberculose.

Il va sans dire que cette formule « unitaire » ne s'oppose nullement à une séparation relative des curables et des incurables; nous ferons remarquer, en outre, que l'isolement non plus strict mais absolu par rapport à l'infirmerie pare à certaines éventualités de contagion. Car si l'on prend des précautions à l'égard des contagieux aigus, l'expérience montre qu'il est quasi impossible d'en prendre pendant des mois et des mois à l'égard d'un tuberculeux dont la contagiosité est tout juste hypothétique : *c'est aux locaux plus qu'au personnel à rendre cette contagion impossible.*

Par ailleurs, n'y a-t-il pas, pour justifier du point de vue prophylactique, la formule unitaire, les constatations favorables (cf. *supra*, p. 182) des hôpitaux qui ont substitué aux salles annexes de tuberculeux les services spécialisés ?

Pour ce qui concerne la quatrième condition (aménagement techniques permettant le traitement), outre qu'elle n'impose en fait que des installations peu onéreuses, on notera que si actuellement elle peut paraître inutilement généralisée, le perfectionnement du dépistage et du diagnostic de la tuberculose dans les services d'aliénés pourra ultérieurement, par la découverte de cas encore au début de leur évolution, en justifier le développement.

III

L'intérêt de semblables locaux qui constituent la meilleure solution au problème de l'isolement prophylactique et thérapeutique des aliénés tuberculeux nous paraît tel que c'est autour d'eux, par rapport à eux, que nous nous proposons d'étudier désormais la lutte antituberculeuse asilaire.

On peut envisager un pavillon construit essentiellement dans ce but et adapté aussi complètement que possible à cette destination. Rares sont les collectivités qui ont pu consacrer à l'assistance des aliénés les sommes à ce nécessaires : il existe cependant quelques tentatives que nous décrirons.

Au préalable, nous nous proposons de faire quelques réflexions sur les caractéristiques que devraient présenter, à notre sens, ces pavillons pour répondre aux quatre conditions ci-dessus indiquées.

Nous voudrions que ces pages — qui ne constituent pas, on y insiste, une description proprement dite — puissent, le cas échéant, alléger la tâche de médecins et administrateurs appelés à demander à un architecte l'établissement de plans. Faut-il à ce propos rappeler, une fois de plus, la collaboration constante qui doit s'établir dans cette éventualité entre le « constructeur » — l'architecte — et l'« utilisateur » administration asilaire et service médical — ce dernier fort des prescriptions de l'article 21 du règlement de 1837 ?

Nous esquisserons ensuite le fonctionnement de ce service de tuberculeux aliénés.

Par ailleurs, *quel que soit le système adopté* — qu'on nous excuse de cette expression imagée — unitaire ou séparatif (curables d'une part, incurables de l'autre), nous estimons que *ces réflexions peuvent avoir leur utilité en vue d'une amélioration éventuelle de certaines situations actuelles*. Nous pensons, en effet, que l'état des locaux permettrait assez souvent, avec des crédits modiques, *un agencement de salles spéciales avec annexes convenables, adjointes ou non à*

l'infirmerie — par fractionnement d'un quartier, par exemple — susceptible de pallier parfois efficacement à certaines insuffisances.

IV

Essai de justification complémentaire du principe du pavillon spécialisé ou de locaux adaptés au traitement de la tuberculose dans chaque asile.

1. — Peut-on compter sur des asiles spécialement construits pour aliénés tuberculeux ?

Ne serait-il pas préférable, plutôt que de s'orienter vers la construction dans les asiles actuels de locaux destinés à l'hospitalisation de tous les tuberculeux de l'établissement, d'envisager la création d'un ou d'un petit nombre d'asiles spéciaux réservés chacun aux aliénés tuberculeux d'une vaste région du territoire ?

Une semblable conception est assez séduisante à première vue. Ses promoteurs ont pu, notamment, faire valoir que de tels établissements ne seraient construits que sous des climats favorables, que les inconvénients de l'insuffisante compétence en phthisiologie des médecins d'asile disparaîtraient par la spécialisation secondaire de quelques-uns d'entre eux; qu'enfin l'asile spécial, en présentant les divers quartiers de classement psychiatrique, tout en satisfaisant d'une manière rigoureuse aux prescriptions réglementaires, résoudrait les grosses difficultés rencontrées dans l'agencement des salles et pavillons de tuberculeux.

Ces arguments ont leur valeur, bien que chacun d'eux soit passible de maintes critiques. On pourrait, en particulier, remarquer que l'établissement spécial ne dispenserait pas les asiles de conserver les tuberculeux très évolués grabataires atteints de lésions manifestement incurables et mortelles à brève échéance. Mais on pourrait aussi, dans un tout autre ordre d'idées, souligner les objections des familles à l'éloi-

gnement de leur malade, le caractère coûteux de transferts fréquents, etc.

Quoi qu'il en soit, cette solution serait-elle éminemment désirable, le caractère *départemental* de l'assistance aux aliénés constitue en fait une difficulté considérable à sa réalisation. L'expérience a montré que les ententes régionales qui seraient ici nécessaires sont toujours de réalisation difficile, plus particulièrement lorsque, comme dans l'espèce, les modalités financières de l'opération sont complexes.

Aussi, sans jeter le discrédit sur cette éventualité qui doit être encouragée, ne convient-il nullement, à l'abri d'une espérance de cette nature, de se dispenser d'agir.

2. — Discussion de quelques objections au principe d'un service spécialisé par asile.

Est-il de sage administration de construire ou d'aménager dans les asiles un pavillon spécial ?

Certains l'ont contesté, en prétendant notamment que le climat de la plupart de ces établissements ne permet pas d'y traiter efficacement la tuberculose ⁽¹⁰⁾.

C'est là une objection sérieuse. Nous insisterons au début de notre chapitre descriptif du pavillon spécial sur les conditions climatiques les plus favorables, nous inspirant du livre de LÉON BERNARD et ROGER EVEN ⁽¹¹⁾. Mais, dès maintenant, on peut, semble-t-il, souligner combien complexe est cette question du climat, avouer l'état encore rudimentaire de la météorologie médicale, et dire que la valeur d'une situation ne se juge pas sur la carte, mais par l'observation soigneuse des impondérables locaux. Le succès de sanatoriums très diversement situés a fait table rase de certaine mystique climatique.

On a pu aussi tirer argument du faible nombre de malades

(10) C'est l'objection que présentait au XXXIV^e Congrès des Aliénistes et Neurologistes de France, à Lille, M. RODIER, à la construction d'un pavillon pour tuberculeuses à Maison-Blanche. (Cf. *L'Encéphale*, 1930, p. 643.)

(11) Thérapieutique hydro-climatique de la tuberculose, Paris, 1934.

à traiter. Cette crainte paraît excessive. Si le dépistage fonctionne d'une manière satisfaisante, si les locaux sont aptes à recevoir les diverses catégories d'aliénés tuberculeux, on doit facilement atteindre un chiffre raisonnable pour une infirmerie autonome. Rien n'empêche d'ailleurs de compléter, s'il y a lieu, l'effectif par l'attribution de malades relevant des organisations type *préventorium* (ce terme entendu au sens défini par l'usage). Nous reviendrons, d'ailleurs, ultérieurement, sur cette question de peuplement ⁽¹²⁾.

3. — Restrictions nécessaires dans l'application de ce principe.

Nous pensons devoir maintenir le principe d'un pavillon pour aliénés tuberculeux, principe (nous n'en disconvenons nullement) inapplicable dans certaines circonstances. C'est le cas, notamment, pour les très petits asiles pour lesquels l'aménagement de salles spéciales avec leurs annexes indispensables, est suffisant.

Dans les asiles bisexués d'importance moyenne, on peut se demander si la fusion en une seule construction de deux ailes absolument indépendantes ne constituerait pas une économie. En principe, cette méthode paraît condamnable. C'est ainsi qu'était construite la réalisation de GARTLOCH (Edimbourg). Le pavillon sanatorium Archambault, à Maréville, est également bisexué.

Est-il besoin, enfin, de préciser que, malgré l'autonomie des divers services médicaux d'un asile, il ne saurait être question d'envisager l'aménagement de locaux de traitement des tuberculeux pour chaque service ?

(12) On peut également émettre l'hypothèse qu'une formation *existante* connue des établissements voisins verrait rapidement son effectif réglementaire atteint par des malades transférés d'asiles moins bien installés. Il n'y aurait là qu'une question de prix de journée; reste à déterminer si cette formule serait financièrement acceptable pour l'asile récepteur : il conviendrait que ce prix de journée ne soit pas sensiblement inférieur au prix de revient « tuberculeux. »

CHAPITRE IV

ETUDE D'UN PAVILLON SPECIALISE TYPE

I

Essai de description raisonnée de ce pavillon.

1. — Bases.

Le local d'hospitalisation des aliénés tuberculeux doit emprunter ses éléments, d'une part, au sanatorium, construction mise au point en vue du traitement et de l'isolement des tuberculeux; d'autre part, à l'asile, dénomination consacrée pour l'hôpital-hospice psychiatrique.

Ce sont là les deux bases sur lesquelles il faut s'appuyer en vue de tout essai de synthèse. Principe qui ne paraît pas nécessiter de développement justificatif : que le pavillon spécial doive être non seulement une infirmerie, mais un quartier d'asile, cela est une évidence si l'on remarque que les tuberculeux hospitalisés sont appelés à y faire un long séjour, et que nombre d'entre eux sont des valides ou semi-valides. Qu'il doive être un sanatorium — au moins en certaines de ses parties, pour le traitement des améliorables — nul ne le contestera.

Pour notre part, comme nous l'avons soutenu plus haut, il doit être dans l'ensemble une formation du type « Sanatorium suburbain », organisme destiné à hospitaliser avec des possibilités passables mais suffisantes tous les tuberculeux. Au demeurant, on remarquera que si, à l'égard des incurables, l'inspiration sanatoriale peut paraître excessive pour

ce qui concerne les possibilités de cure, elle est néanmoins nécessaire pour ce qui a trait aux conditions hygiéniques visant à rendre efficaces l'isolement et la désinfection.

En vue de cet essai de description raisonnée, nous puisons notre documentation, pour l'aspect asilaire, dans le classique traité de RAYNIER et BEAUDOUIN, complété et précisé par le livre déjà cité de RAYNIER et LAUZIER.

Il y a, bien entendu, une « doctrine » pour la construction et l'aménagement des sanatoriums; elle est même sanctionnée, nous l'avons vu, par les dispositions du décret du 10 juillet 1920 et ses compléments. Mais, à notre connaissance, il n'existe guère de publications critiques sur la question, et, à moins d'une grande compétence, il est difficile de l'extraire de la description de certains établissements. On trouve cependant la plupart des remarques que l'on pourrait désirer à ce sujet dans l'ouvrage de L. GUINARD, *La pratique des sanatoriums. Conditions hygiéniques et techniques de construction, d'organisation et de fonctionnement. Direction médicale et administrative. Réglementation des cures. Soins spéciaux. Résultats — d'après les vingt premières années d'exercice des sanatoriums de Bligny* (Lyon, 1923) — ouvrage un peu ancien, auquel on pourrait faire le reproche d'être trop exclusivement orienté vers les solutions adoptées à Bligny (Seine-et-Oise) par l'auteur.

Ce livre sera notre source. Nous la compléterons parfois de quelques remarques ou objections exprimées par les phtisiologues avec lesquels nous nous sommes entretenu.

En tant qu' « asile », on notera que le pavillon spécialisé devra comprendre « les éléments indispensables de tout quartier de classement :

- 1° une cour-jardin;
- 2° un réfectoire;
- 3° une salle de réunion;
- 4° des locaux d'alitement : dortoir commun, chambres individuelles;

- 5° des lavabos et des installations hydrothérapiques;
- 6° des W.-C. intérieurs et extérieurs;
- 7° des annexes médicales;
- 8° des annexes de service » (1).

En tant que sanatorium, nous rencontrons sensiblement les mêmes nécessités auxquelles viennent s'ajouter :

les galeries de cure diurne et de repos.

Mais, surtout, les annexes médicales et de service, les divers locaux, doivent être modifiés en vue de leur adaptation spéciale : prophylactique et thérapeutique.

2. — Les divisions nécessaires.

Outre ces locaux de base, il faut, dans la synthèse envisagée, étudier les divisions d'utilisation.

RAYNIER et LAUZIER, dans une esquisse de Service d'aliénés tuberculeux (2), à laquelle nous ferons de larges emprunts, les conçoivent de la façon suivante :

« La diversité des cas et des traitements nécessitera la constitution de divers groupements suivant les stades d'évolution pulmonaire et suivant l'état mental des malades (déprimés, agités, bruyants, malpropres, etc.).

» On pourrait ainsi, par exemple, dans une formule simple de service spécialisé, prévoir une aile réservée aux agités et comportant des subdivisions de leurs éléments complets en valides et en alités. L'autre aile hospitaliserait les malades calmes et présenterait les mêmes subdivisions. Au centre, et les réunissant, serait une infirmerie dite de traitement sanatorial. » (3).

Formule à étudier.

Pour notre part, fidèle pour l'instant à notre conception « unitaire », nous serions tenté de supprimer, en quelque sorte, la réalité topographique de l'infirmerie sanatoriale,

(1) RAYNIER et LAUZIER, *La construction et l'aménagement...*, p. 37.

(2) *La construction et l'aménagement...*, p. 82-83.

(3) *Ibid.*, p. 83.

en développant un peu dans les deux ailes — en particulier dans celle des malades calmes — certains aménagements du type thérapeutique; en isolant néanmoins les incurables, parmi les grabataires, dans des locaux d'alitement spéciaux.

II

Conditions techniques.

1. — Choix de l'emplacement. Conditions géologiques et climatiques.

Ce paragraphe, nous ne nous le dissimulons pas, peut paraître de portée plus théorique que pratique. Nous avons précédemment conclu à la construction ou à l'aménagement de services spécialisés à l'intérieur même des asiles existants : il ne saurait donc être question de choisir le terrain et le climat. Aussi ce chapitre se bornera-t-il à souligner précisément qu'en dehors des climats pour tuberculeux (4), à la vérité bien rares et extrêmement localisés, même dans une région *a priori* réputée favorable, toutes les situations sont à peu près passables, à condition d'éliminer certaines contre-indications qui ne devraient se rencontrer qu'assez exceptionnellement, si, lors de la construction de l'asile, on s'est soucié, même sommairement, de la salubrité du lieu.

On considère comme principaux facteurs climatiques la température, l'état hygrométrique, la pression atmosphérique, la lumière, les vents. Mais il faut surtout, au point de vue qui nous occupe, noter l'opinion de LÉON BERNARD et EVEN :

« ... pour chacun de ces éléments climatiques, il semble que la valeur soit moins liée à sa nature qu'à sa *constance*; froid ou

(4) Nous envisageons, comme toujours, la tuberculose pulmonaire, cas le plus fréquent. De plus, on peut écrire que toute situation favorable à son traitement l'est également aux autres formes de tuberculose, tandis que la réciproque n'est point vraie.

chaud, sécheresse ou humidité, pression basse ou élevée, importent moins que... la stabilité relative des qualités de l'atmosphère, celles-ci impliquant l'exclusion des facteurs essentiellement mauvais » (5).

Quelques précisions nous paraissent cependant nécessaires. En particulier, pour l'humidité, il faut distinguer « l'humidité météorique... liée à la fréquence des brouillards et des pluies dues à la condensation de l'eau atmosphérique... [et] l'humidité tellurique... provoquée par la rétention, dans les couches basses atmosphériques, de l'eau non absorbée par un sol de constitution imperméable » (6). La première est sans inconvénient grave pour les tuberculeux, alors que la seconde leur est éminemment néfaste. « D'où l'importance capitale de la nature du sol des endroits où l'on désire soigner les tuberculeux. » En l'absence d'une perméabilité suffisante du sol, on ne doit envisager qu'avec réserve l'affectation de crédits à l'amélioration de la situation des tuberculeux.

La question de la pression atmosphérique ne doit pas nous arrêter : les pressions hautes (plaines) et moyennes (moyenne altitude), qui correspondent à la quasi-totalité des asiles, sont précisément celles qui ne présentent pas de contre-indications.

L'action favorable de la lumière sous forme de luminosité ou *ensoleillement* (« dispersion des radiations dans l'atmosphère ») n'est pas discutable. Mais le constructeur ne doit pas oublier que l'*insolation* « définie par l'application directe des radiations solaires sur les téguments des malades » (7) est dangereuse pour les tuberculeux pulmonaires.

On connaît l'action néfaste du vent; on sait celle, favorable, des forêts qui forment écran. La trop grande proximité des cours d'eau est souvent mauvaise.

L'éloignement des agglomérations est favorable par la pureté de l'air qui en résulte.

(5) *Thérapeutique hydro-climatologique de la tuberculose*, p. 42.

(6) *Ibid.*, p. 39.

(7) LÉON BERNARD et EVEN, *Thérapeutique hydro-climatologique...*, p. 42.

C'est surtout par la connaissance de ces derniers points que l'on déterminera la situation la moins défavorable à proposer pour un pavillon spécialisé sur l'assiette d'un asile donné :

— 1° Eloignement des agglomérations, y compris, si possible, celles de l'asile; en tout cas, on évitera la proximité de la « section industrielle », et l'on devra veiller à ce que le bâtiment le plus proche soit à une distance de plus du double de la hauteur mesurée au faîtage ⁽⁸⁾, minimum insuffisant ici;

— 2° Protection des vents dominants;

— 3° Orientation permettant l'ensoleillement ⁽⁹⁾.

Dans la majorité des cas — exception faite de certains climats particuliers — l'orientation générale, notamment pour les locaux où les malades sont appelés à séjourner, paraît devoir être le sud-sud-est. Elle permet un ensoleillement convenable et une protection suffisante des vents dominants du sud-ouest.

La cour-jardin satisferait aux conditions d'usage, notamment en ce qui concerne la surveillance : on souligne simplement ici qu'il n'y aurait que des avantages à ce qu'elle soit de vastes dimensions. Le chiffre de 50 mètres carrés par individu, conseillé par PARCHAPPE, ainsi que le rappellent RAYNIER et LAUZIER ⁽¹⁰⁾, nous paraît quelque peu insuffisant. Cette cour-jardin devra être plantée d'arbres à hautes tiges afin d'éviter certains incidents, et à feuilles caduques afin de ne pas arrêter les rayons du soleil l'hiver.

2. — Plan d'ensemble.

Il peut y avoir intérêt, en vue d'une disposition judicieuse des divers éléments d'un service spécialisé, à connaître le

(8) RAYNIER et LAUZIER, *op. cit.*, p. 14.

(9) Cf. à ce propos, à titre d'exemple : Esquisse d'un asile par zones, composition Georges Jacquet, in RAYNIER et LAUZIER, p. 251.

(10) *Op. cit.*, p. 26.

plan d'ensemble d'un sanatorium — non point, nous insistons, pour une copie servile, hors de mise en la circonstance — mais pour en dégager quelques idées générales.

Aussi, voici, à titre d'exemple, la description du Sanatorium du Petit-Fontainebleau, à Bligny :

Autour d'un péristyle central ouvrant au midi, une aile, à l'est, desservie par un couloir au nord présentant en annexe les W.-C., est affectée aux chambres avec fenêtres au sud-sud-ouest; une aile, à l'ouest, affectée aux galeries de cure, desservie par un couloir au nord, ouverte au sud-sud-est. Derrière le péristyle, un corps de bâtiment orienté sud-nord, éclairé par les trois faces, est, nord et ouest, contenant le réfectoire et ses annexes (offices, laveries, cuisines). Les annexes médicales sont dans l'aile des chambres, dont la déclivité du sol transforme le sous-sol en rez-de-chaussée.

Pour les sanatoriums, il existe des variantes à ce plan, résultant notamment de ce que les galeries sont situées soit devant les chambres d'alitement, soit dans des bâtiments annexes. Nous discuterons ultérieurement des avantages et inconvénients de ces pratiques. Mais dans l'ensemble, l'assiette fondamentale n'est guère modifiée :

- Locaux de séjour des malades : en façade au midi (alitement, aération);
- Réfectoire : éclairé et aéré par l'est et l'ouest, perpendiculairement disposé;
- Locaux de service (toilettes, W.-C.), au nord;
- Locaux médicaux : diversement situés, mais en général centraux et d'aération facile;
- Service de désinfection : indépendant du bâtiment principal.

Le sanatorium asilaire doit s'inspirer dans une certaine mesure de ces notions. Si l'on retient notre conception des divisions nécessaires, on peut prévoir autour d'une zone centrale, affectée aux services généraux et médicaux, une aile destinée aux malades calmes groupés, avec une subdivi-

sion relative en valides et alités, tandis que l'aile opposée, semblablement orientée, recevrait les malades, alités ou non, malpropres ou agités.

Il nous paraît souhaitable que ce bâtiment ne comporte qu'un rez-de-chaussée avec sous-sol. Dans ce pavillon, où l'aération doit être continue, plus encore qu'en aucun autre, demeure vraie la phrase d'ESQUIROL citée par PARCHAPPE : « Les asiles dont les bâtiments sont construits au rez-de-chaussée présentent des avantages sans nombre. » (11).

3. — Des locaux affectés aux malades.

a) *Chambres et dortoirs.*

On peut reproduire ici en partie l'article 9 du décret du 10 août 1920 *sur les conditions techniques et hygiéniques* que doivent remplir les sanatoriums publics ou les établissements assimilés :

« Il y aura... un nombre de chambres à un lit dans la proportion d'au moins 10 p. 100 de la population totale des malades.

» Les dortoirs devront contenir de 3 à 4 lits, ou plus, sans jamais dépasser, cependant, le maximum de 10 lits.

» La surface des chambres à un lit sera au moins de 9 mètres carrés, et celle des dortoirs d'au moins 6 mètres carrés par lit, avec un minimum de hauteur de 3 mètres.

» Les dortoirs et les chambres auront une orientation et une disposition qui permettront de leur assurer, jusque dans les parties les plus profondes, une large aération continue et une durée d'insolation suffisante. »

Dans les constructions asilaires, il faudra éliminer les chambres à deux lits, sources d' « incidents graves ». La disposition en dortoir de 4 et 8 malades paraît la plus séduisante.

(11) ESQUIROL, *Des établissements consacrés aux aliénés en France, et des moyens de les améliorer*, Mémoire présenté au ministre de l'Intérieur. Cité par PARCHAPPE, *Des principes à suivre dans la fondation et la construction des asiles d'aliénés*, Paris, 1853, p. 126.

Par ailleurs, il est évident que les « exigences du traitement psychiatrique » obligent à dépasser largement la proportion du 1/10 de chambres d'isolement prévu à l'article ci-dessus. Tout au plus paraît-il légitime d'appliquer cette proportion dans l'aile des malades dociles groupés.

Lors de l'établissement de plans, il nous semble qu'il y aurait lieu d'attirer l'attention de l'architecte sur l'avantage à prévoir dans la mesure du possible les lits « tête au mur, face aux ouvertures, ce qui, pour l'aération du malade couché, est bien préférable à la position latérale avec arrivée d'air sur le côté » (12).

Comme il s'agit d'un service d'aliénés, le cloisonnement en petits dortoirs ne va pas soulever de difficultés pour ce qui a trait à la surveillance : l'établissement de cloisons largement vitrées à partir de 1 mètre du sol, comme l'a proposé et obtenu le Docteur LEYRITZ pour le pavillon de Chezal-Benoît (13), paraît résoudre ce problème d'une façon satisfaisante.

Dans la section des malades isolés, agités ou malpropres, il y a intérêt à grouper quelques chambres d'isolement à caractère cellulaire, dont l'aération, néanmoins, devra être très étudiée : elle est complexe comme dans tout le reste du bâtiment, où il faut tenir compte de la sécurité. Nous reviendrons plus loin sur cette question, à l'article : Fenêtres.

La réunion en local relativement restreint de malades bruyants auprès de sujets affaiblis pose aussi le problème de l'isolement acoustique, que les chambres cellulaires ne résoudront qu'imparfaitement : aussi ne nous semble-t-il pas excessif d'envisager pour quelques-unes d'entre elles de mettre à l'épreuve « la science, toute récente, de la protection contre le bruit... » (14).

(12) GUINARD, *La pratique des sanatoriums*, p. 49.

(13) Source manuscrite : *Dossier Assistance départementale de la Seine*, déc. 1928.

(14) RAYNIER et LAUZIER, *op. cit.*, p. 21.

b) *Cures.*

« *Les galeries de cure et de repos ont une importance de tout premier ordre* », dit GUINARD⁽¹⁵⁾. Que leur usage se heurte, dans un service d'aliénés tuberculeux, à de grosses difficultés, nous n'en disconvenons pas. Mais il faut poser en principe que, dès lors que l'on se propose de soigner les aliénés tuberculeux, elles sont utiles; bien que certains malades trop agités ou indociles doivent être privés de ce bénéfice, et que d'autres, en raison de l'état avancé de leurs lésions, n'en aient nul besoin.

Les médecins ne sont pas d'accord sur l'emplacement des galeries. Voici, par exemple, l'opinion de GUINARD :

« Elles doivent être indépendantes des autres parties des bâtiments..., reliées directement avec le reste des services... Nous n'admettons pas les galeries de cure aménagées au-devant des appartements, sur la face sud, car non seulement elles enlèvent à ces appartements une notable quantité d'air et de lumière, mais le bruit et le mouvement qui peuvent se faire dans les pièces... situées en arrière sont incommodants pour les malades et troublent le calme nécessaire à la cure de repos. » (16).

C'est, semble-t-il, la doctrine sanctionnée par l'article 10 (§ 2) du décret du 10 août 1920 :

« A l'exception de celles qui pourront être aménagées devant les chambres d'isolés à un lit, les galeries de cure seront placées de préférence à l'extrémité de l'aile du bâtiment, dans le prolongement de chaque couloir d'étage. Dans tous les cas, elles seront bien orientées, indépendantes des chambres de malades, et devront toujours être reliées aux bâtiments par un passage couvert. »

Mais c'est un texte qui permet diverses interprétations, et d'autres phthisiologues, nullement convaincus par les arguments de GUINARD, font construire les galeries devant les chambres. Ils font remarquer que la crainte d'une insuffi-

(15) *La pratique des sanatoriums*, p. 52.

(16) *La pratique des sanatoriums*, p. 52-53.

sante aération de celles-ci est illusoire si les fenêtres sont bien calculées, et que, par ailleurs, la proximité des chambres permet, — grâce à de larges portes-fenêtres — en roulant les lits à l'extérieur, de faire bénéficier d'une cure d'air plus complète des malades auxquels leur état ne permettrait de faire supporter sans dommage les fatigues et du lever et du séjour sur la chaise-longue.

Que valent ces diverses opinions ? Notre incompetence en phtisiologie ne nous permet pas de répondre. Nous pensons que des cas d'espèce, lors des constructions ou des transformations, doivent faire tour à tour pencher la balance dans un sens ou l'autre. Peut-être, lorsqu'il s'agit d'aliénés, la commodité de la surveillance — si la faible importance du service ne permet pas de mettre pendant la durée d'utilisation des galeries de cure un infirmier en permanence sur place — serait-elle facilitée par la seconde solution ?

Quoi qu'il en soit, le même article ajoute :

« Les galeries de cure auront 4 mètres de profondeur et seront largement ouvertes en avant. Les chaises-longues seront disposées sur une seule rangée, et on comptera 1 mètre au moins pour chaque place. » (Décret du 10 août 1920.)

Il n'est peut-être pas superflu de commenter la prescription de 4 mètres de profondeur, qui est difficilement comprise des architectes, et — l'examen de certains dossiers nous l'a montré — de médecins peu au courant de la phtisiologie.

Certes, la longueur des lits ne paraît pas nécessiter une telle profondeur, mais il ne faut pas oublier qu'il convient, d'une part, d'éviter l'insolation des malades, et, d'autre part, de tenir compte que, par mauvais temps, la pluie est chassée vers l'intérieur du bâtiment et atteindrait les malades si la profondeur était insuffisante.

Dans le même but de lutter contre les inconvénients des intempéries, et en particulier du vent, il est d'usage, dans les sanatoriums, de cloisonner les galeries toutes les 4 chais-

ses-longues en général, par un bas-flanc en bois de 2 mètres sur 2 m. 40. Cette pratique paraît pouvoir être utilement transférée, s'il y a lieu, à l'asile, en faisant une large part au verre dit « incassable », employé en plaques de petites dimensions dans un châssis de bois. L'usage de « jalousies » pour protéger du soleil ne soulève pas, lui non plus, de difficultés spéciales.

Mais dans quelle mesure les galeries de cure sont-elles utilisables au pavillon spécialisé ?

Il n'est pas douteux que leur emploi pour les malades valides ou semi-valides, calmes et dociles, est pleinement justifié : il nous semble donc qu'une galerie doit être prévue en annexe à ce que nous avons nommé l'« aile des malades groupés ». Elles sont construites couvertes, « avec autant que possible double plafond pour éviter le surchauffage » (17), ce qui n'exclut pas les procédés économiques comme « briques, avec charpentes en bois recouvertes de tôle ondulée, sol en carreaux rouges » (18).

Une terrasse bétonnée, couverte par un store de toile, serait, à notre sens, une solution insuffisante, bien qu'à l'occasion tolérable.

L'importance à donner à la galerie ne peut être, faute de données expérimentales, que fixée approximativement : il semble assez légitime de prévoir un nombre de places légèrement inférieur à celui des lits de l'aile des groupés, cette section paraissant devoir abriter un nombre appréciable de grabataires incurables, pour lesquels le séjour sur les galeries est inutile et irréalisable.

Toute différente est la situation dans la section des mal-propres ou agités : serait-il possible de faire accepter à certains le séjour en galerie de cure ? De plus, cette section comprendrait forcément aussi quelques malades très grave-

(17) GUINARD, *op. cit.*, p. 55-56.

(18) Id., *ibid.*

ment atteints qui n'auraient pas été placés au dortoir de la section des groupés. Aussi les galeries y paraissent moins indispensables, ou en tout cas doivent être moins nombreuses, et nécessiter une surveillance très assidue.

On pourrait, pour cette catégorie de malades, envisager des galeries individuelles situées devant les chambres d'isolement : nous pensons que cette éventualité, à première vue séduisante, serait pratiquement irréalisable, en raison des nécessités de la surveillance que le comportement de ces malades exige, afin que soit respectée la discipline indispensable au séjour en plein air. On peut, pour eux, se borner à une aération suffisante de leur local d'alitement.

c) *Salle de réunion.*

Elle nous retiendra peu. On remarquera seulement, en vue de la prévision de son importance, que seuls les valides en pourront profiter, et que, par ailleurs, si l'on s'efforce d'appliquer la discipline sanatoriale, les malades n'y feront que des séjours peu prolongés. Si son exposition au midi n'est pas indispensable, cette salle n'en devra pas moins être largement aérée et éclairée.

4. — **Annexes sanitaires.**

Les annexes sanitaires ne doivent, en tant que sanatorium, répondre à aucune condition particulière. Le décret du 10 juillet 1920 se borne (art. 9) à prescrire des vidoirs, des W.-C. à chasse d'eau, qui devront être répartis au nombre de 3 ou 4 par groupe de 25 à 30 malades.

Pour les lavabos, « chaque malade devra avoir sa cuvette individuelle, et tous les ustensiles de toilette à son usage particulier ». Dispositions qui, en fait, sont loin d'être appliquées à la lettre dans les sanatoriums, et qu'en conséquence nous n'oserons nullement spécifier pour un service d'aliénés. Bien que, comme l'a écrit GUINARD, il faille, dans un service de tuberculeux, s'efforcer de réaliser « l'individuali-

sation et l'isolement de tout ce qui touche à un malade » (19), il semble qu'au point de vue hygiénique les installations de toilette qui permettent aux malades de se laver à l'eau courante ne nécessitent nullement cette cuvette individuelle. Aussi se bornera-t-on, pour l'établissement de ces diverses installations (W.-C., bidets, lavabos, bains, douches), aux procédés qui ont fait leur preuve dans les services d'aliénés (20).

Si des lavabos à cuvette étaient utilisés, il y a lieu de remarquer qu'il serait préférable de faire effectuer le brossage des dents au-dessus des vidoirs.

3. — Annexes de fonctionnement.

Réfectoire : Il sera prévu dans les conditions d'orientation et d'aération rappelées plus haut, disposé comme ceux de tout pavillon de classement. Sa « capacité » tiendra compte du pourcentage important de malades alités que comportera la formation. Dans certains cas, il pourra être intéressant de prévoir un réfectoire pour chacune des sections : groupés, isolés.

Séparé du réfectoire, mais communiquant largement avec lui, se trouvera l'*office*-resserre de la vaisselle, d'où seront distribués les plats venant de la cuisine, et ayant séjourné, s'il y a lieu, sur le réchauffe-plat. C'est en union avec l'*office* que fonctionnerait, dans les établissements où l'organisation de la cuisine centrale et du régime alimentaire le justifierait, une réchaufferie locale.

Les annexes de fonctionnement comprendront encore, outre la *lingerie* — dépôt de linge propre — un local où seront entreposés les vêtements personnels des malades dans les établissements où il est d'usage de permettre en certaines circonstances (notamment le dimanche), aux sujets calmes,

(19) *Op. cit.*, p. 51.

(20) Cf. à ce sujet, RAYNIER et LAUZIER, *op. cit.*, p. 43-46.

de se vêtir de leurs effets personnels. Dans ce local, on pourrait utilement s'inspirer du sixième paragraphe de l'article 9 du décret du 10 juillet 1920, qui prévoit que chaque malade de sanatorium « disposera d'un placard personnel ».

Enfin, le *bureau du surveillant*, les *chambres de garde*, le *vestiaire du personnel*, dans lequel on installera des armoires individuelles, des lavabos; il sera bon d'y adjoindre une cabine de douches et des installations permettant le rinçage de la bouche recommandé au personnel, avant les repas, par la circulaire du 20 mars 1920.

Les annexes de service comprendraient en outre, dans la mesure du possible, un parloir particulier, complément utile des mesures d'isolement, lequel satisfera, de plus, aux conditions usuelles, afin de ne pas permettre aux visiteurs d'avoir vue sur les autres malades (24).

6. — Annexes et service de désinfection.

La contagiosité relativement faible de la tuberculose ouverte permet de ne donner au service de désinfection qu'un développement en somme restreint, mais il n'en doit pas moins donner toute garantie.

On n'oubliera pas à ce point de vue que c'est non pas tant entre malades hospitalisés au pavillon spécialisé que l'on doit redouter la contagion — ils sont tous prémunis par le fait même qu'ils sont malades — mais surtout entre malades et personnes étrangères au pavillon — personnel, aliénés des autres quartiers. C'est pourquoi, s'il est souhaitable que les ustensiles de vaisselle soient lavés non à la plonge, mais dans un appareil où ils sont traités à l'ébullition dans une

(24) La question a pu se poser de savoir s'il n'y aurait pas intérêt à loger dans le bâtiment même, bien que suffisamment isolé des malades, le surveillant. RAYNIER et LAUZIER répondent par la négative. On remarquerait toutefois que cette opinion paraît s'inspirer de nécessités plus « asilaires » que « sanatoriales ». N'est-il pas d'usage, dans beaucoup de sanatoriums, de faire partager la vie des malades au personnel médical ?

solution carbonatée à 1 p. 400 — et cela est réalisable soit par des appareils assez coûteux, soit plus simplement par le moyen d'une sorte de panier à salade manœuvré par une poulie et un rail, qu'il est facile de faire plonger dans une cuve où se trouve le liquide carbonaté en ébullition, puis de porter au voisinage de l'évier et du robinet de rinçage — ce n'est pas absolument indispensable, le lavage ordinaire pouvant être toléré pour un service de faible importance.

De toute façon, et quoi qu'il en soit de la solution adoptée, le local de l'office-réchaufferie doit permettre de pratiquer cette opération.

S'il est également inutile d'envisager une buanderie spéciale, par contre l'architecte devra prévoir un emplacement commode où sera centralisé le linge sale et où celui-ci sera, avec le moins de manipulations possible, introduit dans des *bars de trempage* pour y subir par un séjour suffisant dans une solution antiseptique une relative désinfection avant son transfert à la buanderie. On peut à cet égard conseiller, comme peu dangereux, un contact d'une demi-journée avec une solution de crésylol sodique à 2 p. 400, ou une solution javellisée titrant un degré chlorométrique par litre.

En annexe, de préférence, sera organisé le *local de désinfection des expectorations*. Il peut être expédient d'installer ce service à la désinfection générale. Il nous semble que cette pratique, qui entraîne une manipulation supplémentaire — qui n'est pas absolument exempte de danger pour le personnel — (22) ne soit pas à conseiller de façon systématique, notamment en raison de la faible quantité de matière à traiter chaque jour dans le pavillon spécial d'un asile moyen.

La disposition à donner à ce local est difficile à préciser sans faire un choix préalable parmi les procédés susceptibles d'être employés en vue de réaliser cette désinfection.

Les plus efficaces sont ceux qui sont réalisés à chaud par

(22) Cf. Marie SIMON, *Contribution à l'étude de la contagion de la tuberculose pulmonaire chez l'adulte*, thèse Paris, 1933, n° 361.

ébullition prolongée dans les solutions carbonatées à 4 p. 100, soit par une installation de fortune (du type de celle que nous avons décrite pour la vaisselle), soit par des appareils du type de la cuve LEBLANC⁽²³⁾.

Une autre méthode excellente est l'*incinération* : elle peut être appliquée aux expectorations des sujets alités, recueillies dans un crachoir *ad hoc* en carton imperméabilisé dont l'usage se généralise dans les services spécialisés (notamment à l'A. P. à Paris)⁽²⁴⁾. Méthode à conseiller, ... mais qui ne dispenserait vraisemblablement pas de désinfecter les crachoirs de jour de malades valides calmes et dociles. Pour ceux-ci, il semble que l'on puisse se contenter du contact prolongé avec une solution antiseptique, complété de temps à autre par une ébullition dans l'eau carbonatée du crachoir ainsi désinfecté⁽²⁵⁾. Cette pratique est, certes, hygiéniquement moins parfaite, mais on peut se demander si elle ne s'avère pas, en fait, plus facilement réalisable pour un service d'un petit nombre de lits.

Il est bien évident que le local doit être approprié à la méthode choisie. Mais il paraît assez logique de prévoir une

(23) En voici le principe : les crachoirs sont placés dans un panier que l'on immerge dans la solution maintenue à l'ébullition pendant quinze minutes. Puis un courant d'eau arrivant par le fond chasse les matières stérilisées et désagrégées. Les crachoirs sont alors extraits du panier et il ne reste qu'à les rincer et brosser.

(24) Cf. M. SIMON, thèse, p. 53.

(25) « On introduira la solution désinfectante à mi-hauteur du récipient et on laissera en contact pendant au moins six heures.

» Il faut choisir de préférence les solutions désinfectantes qui dissolvent les albumines et liquéfient les produits d'expectoration, c'est-à-dire d'une façon générale celles qui renferment de la soude ou de la potasse. Les meilleures sont le crésylol sodique à 4 p. 100, la lessive de soude à 10 p. 100..., la solution savonneuse alcaline de formol dont voici la formule (Kuss) :

Savon noir	8 g.
Carbonate de soude sec.....	4 g.
Formol du commerce (à 33 p. 100).....	40 cm ³ .
Eau	q. s. p. 1 litre. »

A. РОСНАИХ, article Prophylaxie générale, in 3^e P. M. C., t. VII, p. 206.

petite pièce où seront déposés les objets à désinfecter ou à détruire, — une pièce où se pratiquera l'opération, qui devra comprendre, outre l'arrivée d'eau, un vidoir relié à l'installation sanitaire d'épuration des eaux usées, un moyen d'évacuation des fumées et de la vapeur — un local enfin où seraient rangés les ustensiles stérilisés, le tout avec entrée distincte et communication entre ces divers locaux, et de proportion adaptée à l'importance de ce service.

L'éventuelle stérilisation du mobilier, de la literie, se ferait de toute évidence à l'étuve de l'établissement.

7. — Annexes médicales.

a) *Pavillon spécialisé.*

Il comprendra :

- un cabinet pour le médecin,
- une pièce dite infirmerie où seraient pratiqués les éventuels pneumothorax, et qui serait également utilisée comme salle de pansement. Cette pièce, outre les aménagements usuels (lavabos, vidoirs), présenterait utilement une installation électrique permettant l'emploi, d'une part, d'une lampe à rayons ultra-violet (quartz ou arc à charbon métallique), d'autre part d'un miroir (frontal) de Clar en vue des examens laryngologiques;

- il présentera en outre un laboratoire où sera pratiqué l'examen courant (bacilloscopie) des expectorations. Des conditions particulières peuvent d'ailleurs, dans certains établissements, dispenser d'utiliser ce local, le laboratoire central de l'asile donnant toute satisfaction. Par contre, dans d'autres asiles moins bien outillés à ce point de vue, on pourrait accroître légèrement l'importance de ce local en vue d'y établir le laboratoire unique.

b) *Service radiologique.*

C'est aux annexes médicales qu'il convient de rattacher l'installation radiologique. Nous avons discuté, plus haut,

du choix de l'appareillage; nous nous bornons ici à quelques réflexions utiles lors de l'établissement des plans. En principe, ce local comprendrait, le tout d'importance en rapport avec la capacité de l'établissement à desservir :

- la salle d'attente (demi-obscurité);
- le tambour de communication;
- la salle de radio;
- le laboratoire de développement de clichés.

Ces divers locaux devraient être conçus suivant la technique usuelle en pareille circonstance. Si la disposition doit permettre d'obtenir commodément l'obscurité, elle doit également permettre, en dehors des moments de fonctionnement, et parfois pendant, une *aération aussi complète que possible*. Tous ceux qui ont fréquenté les séances radiologiques des sanatoriums — où l'on fait, il est vrai, défiler un nombre important de malades — sont absolument d'accord sur ce point.

Aussi, à moins de nécessité absolue, ne faut-il pas installer la radiologie dans un local sans fenêtre suffisante. De plus, on n'adoptera pour l'installation des rideaux noirs que des procédés permettant, sans perte de temps ni fatigue, et sans risque de détérioration, de passer de l'obscurité à l'air et à la lumière.

En vue d'utiliser ce service de radiologie pour les cas ne relevant pas de la tuberculose, il serait désirable de prévoir à ce local une entrée indépendante de celle du pavillon spécialisé.

8. — Les matériaux. Les fenêtres.

On sait qu'il est de doctrine constante dans les constructions asilaires d'être particulièrement exigeant « quant au choix des matériaux, des qualités et des procédés »⁽²⁶⁾, ce qui est, en définitive, une sage mesure d'économie. Tout en

(26) RAYNIER et LAUZIER, *op. cit.*, p. 23.

partageant pleinement ce point de vue, nous croyons cependant devoir citer, à propos des constructions spéciales qui nous occupent actuellement, ce passage de BURNET, qui est plus qu'une simple boutade et mérite d'être médité en raison de l'évolution constante de la question de la tuberculose :

« Le zèle thérapeutique ne doit pas trop s'exprimer par le luxe des constructions... On peut servir la médecine et la science dans des constructions rationnelles auxquelles on assigne une durée de vingt ou trente ans environ, et qui font place à des formes nouvelles ou disparaissent devant des besoins nouveaux. » (27).

BURNET n'a d'ailleurs pas craint de compléter sa pensée en décrivant les centres de traitement proposés par BEZANÇON, qu'il « entrevoit proches des grandes villes.. Le centre est constitué par des bâtiments modestes et même des baraquements de fortune... [Il] comprend... des groupes de... cabanes individuelles... » (28)

Opinion qui conserve toute sa valeur si l'on songe au réel succès de MACDONALD, qui traitait, vers 1901, les aliénés tuberculeux de l'Asile américain de Manhattan par « la vie sous la tente » (29).

Ces réserves faites, on peut dire que le choix des matériaux pour un pavillon sanatorial doit s'inspirer sensiblement des mêmes nécessités qu'en ce qui concerne la construction des infirmeries. On peut toutefois rappeler ce texte réglementaire :

« Les locaux seront disposés de manière à permettre une désinfection efficace par le seul nettoyage humide : sol imperméable, obturation des fentes des parquets et des murs, surfaces lissées et lavables, ripolinées de préférence... » (30), commenté par la

(27) Etienne BURNET, *Prophylaxie de la tuberculose*, Paris, 1933, p. 84.

(28) Id., *ibid.*, p. 83.

(29) *American Journal of Insanity*, oct. 1902; analyse in *Ann. méd.-psych.*, 1903, t. I, p. 498.

Dans le même ordre d'idées, les Docteurs DRAPERS et BROWN ont proposé de loger les aliénés tuberculeux dans des constructions en bois qui, tous les dix ans, seraient détruites par le feu.

(30) Décret du 10 août 1920, art. 10, § 4.

réflexion suivante de GUINARD : « La question des sols est une des plus importantes... et c'est assurément celle qui nous a donné le plus de soucis, car il y avait lieu de concilier, à la fois, les intérêts de l'hygiène, la facilité de l'entretien, de la propreté, la commodité de la désinfection et aussi l'économie. » (31).

Il semble que le carrelage en carreaux de grès cérame « bien dressés, bien unis, et surtout parfaitement jointés » (32), soit le plus recommandable, comme le plus résistant au lavage à grande eau et le moins susceptible de se fissurer sous l'effet des tassements et des inégalités de dilatation.

Les revêtements muraux devront également donner toute satisfaction au point de vue de l'hygiène (lavables, angles arrondis) recherchée pour les asiles comme pour toute formation sanitaire. RAYNIER et LAUZIER conseillent particulièrement les plâtres alunés pour les plinthes, de hauteur variable selon leur destination (33).

Mais la question de beaucoup la plus importante dans un pavillon destiné aux tuberculeux est celle des *fenêtres*. Elles doivent donner toute garantie pour la sécurité, mais aussi permettre une aération parfaite, de beaucoup supérieure à celle nécessaire dans les autres pavillons. Aussi cette question est-elle particulièrement difficile à résoudre. Les fenêtres à vantaux inférieurs seuls mobiles doivent être éliminées ici — comme du reste de l'asile d'ailleurs — en raison de leurs multiples inconvénients. La fenêtre type Hitzig primitif (34),

(31) *Op. cit.*, p. 79.

(32) *Ibid.*, p. 81.

(33) *Op. cit.*, p. 22.

(34) SÉRIEUX en donnait la description suivante : « Cette fenêtre est divisée horizontalement en deux parties dont l'inférieure a les deux tiers de la hauteur totale de la fenêtre. Cette partie, la plus importante, est elle-même divisée en trois segments : le segment moyen, plus large que les deux autres, est immobile; les deux segments latéraux sont mobiles autour d'un axe vertical... La partie supérieure de la fenêtre est elle aussi divisée verticalement en trois segments; le segment moyen, plus large, mobile autour d'un axe horizontal, peut basculer à l'intérieur de la chambre. C'est une sorte de vasistas qui peut être fermé à clé. » Rapport de 1903, cité par RAYNIER et LAUZIER, *La Construction*, p. 40.

recommandable pour les services ordinaires, est ici peut-être insuffisante. Ses dérivés, en particulier le modèle « comportant des carreaux rectangulaires à grand côté vertical et à petit côté horizontal ne dépassant pas 12 centimètres — c'est-à-dire inférieur au diamètre transversal de la tête — avec armature, divisée en un nombre de segments longitudinaux et horizontaux variables, permettant à toutes les parties de pivoter sur leur axe vertical » (35), paraissent *a priori* satisfaisants.

Nous pensons que souvent, comme l'a d'ailleurs noté DESRUELLES (36), il faut revenir aux grilles dont la proscription ne doit point s'ériger en mystique au point d'aboutir à des effets néfastes. Au demeurant, ainsi que l'écrivent fort justement RAYNIER et LAUZIER, il existe « des exemples plus ou moins dégagés ou « artistiques » de fers forgés susceptibles d'atténuer la mauvaise impression produite par les barreaux et grilles... » (37). Il est vrai que ces dispositifs s'appliquent le plus souvent à des types de fenêtres éminemment critiquables à partie inférieure seule mobile.

En outre, les fenêtres présenteront un dispositif s'opposant à la manœuvre des vantaux par les malades, afin surtout que ceux-ci ne puissent les refermer au moindre relâchement de surveillance.

9. — Les appareils de chauffage.

Sans prétendre trancher d'une manière trop dogmatique le choix de l'appareillage de chauffage central dans le pavillon spécialisé — lequel pourra être imposé par l'organisation de l'asile considéré — on peut, selon GUINARD, attirer l'attention sur les inconvénients, au sanatorium, du chauffage par circulation d'eau, qui oblige, par grand froid, en vue d'éviter les détériorations par la gelée, de pousser le chauff-

(35) RAYNIER et LAUZIER, *op. cit.*, p. 40.

(36) Rapport 1929, p. 38.

(37) *Op. cit.*, p. 40.

fage à fond la nuit, sans aucun intérêt pour les malades (d'où dépenses supplémentaires de combustible) et qui, d'autre part, se prête mal au réchauffement rapide des pièces lors de la fermeture des fenêtres au moment du lever et de la toilette des pensionnaires.

Quoi qu'il en soit, l'installation s'inspirera des précautions d'usage dans les asiles et s'efforcera de répondre — sans toutefois y parvenir parfaitement, l'expérience le montre — aux difficultés rencontrées, particulièrement pour le chauffage des cellules.

10. — Mobilier. Matériel.

Un principe : « le choix du matériel doit s'inspirer ... surtout des facilités d'entretien ».

On peut encore, en rappelant l'importance d'une bonne alimentation dans le traitement de la tuberculose, insister sur la nécessité de ne point lésiner sur tout ce qui peut contribuer à stimuler l'appétit des malades par la bonne conservation des plats venant de la cuisine (mode de transport, chauffe-plats, réchaufferie locale, etc.).

Au point de vue du mobilier, sans insister sur la literie qui doit être confortable, hygiénique, d'entretien et de désinfection faciles, on soulignera qu'il convient de prévoir *trois* bonnes couvertures de laine pour le lit et *deux autres* pour la chaise-longue de cure.

Enfin, on notera que le tuberculeux fait une cure de repos et qu'il doit, par conséquent, disposer d'un mobilier confortable; à ce point de vue, même dans un service d'aliénés, il nous semble qu'au réfectoire des chaises doivent être substituées aux bancs : « sur les bancs, même pourvus d'un dossier, les malades sont mal à l'aise et mal assis » (38).

De même, « les cures de repos... ne se font bien que si les malades disposent d'un matériel confortable » (39). Il y a des sanatoriums où la cure se fait sur un véritable lit.

(38) GUINARD, *op. cit.*, p. 374.

(39) Id., *ibid.*, p. 374.

On s'inspirera utilement du texte suivant :

« A Bligny, nous avons adopté la chaise-longue en excellent rotin, construite d'une seule pièce (modèle Kupfer); dossier et appui-bras parfaitement fixes, l'ensemble adoptant des inclinaisons et des courbes qui conviennent très bien au repos demi-étendu, avec voussure assurée au pli du genou, qui laisse les membres inférieurs dans une position très naturelle.

» Chaque chaise-longue, peinte au ripolin, est pourvue d'un bon matelas laine-criin qui la garnit sur toute la longueur, jusqu'à l'extrémité du dossier où se trouve fixé un petit coussin pour la tête.

» Matelas et coussin sont enveloppés dans une housse en bonne toile que l'on change par le lavage autant que nécessaire. » (40).

Au paragraphe mobilier et matériel, on peut rattacher la question du choix des crachoirs. Remarquons d'abord qu'au sanatorium il n'y a pas de crachoirs collectifs, ce qui oblige à la stricte discipline et à l'utilisation, selon les circonstances, d'un crachoir de poche ou d'un crachoir de nuit placé sur la table de chevet. On ne voit pas pourquoi la même mesure ne serait pas adoptée au sanatorium asilaire : ou le sujet, éduquable, adoptera la discipline, ou il est définitivement rebelle aux conseils, et se moquera bien des crachoirs collectifs disposés de-ci de-là !

Le crachoir de poche est, au sanatorium, de verre bleu avec couvercle à broche. Peut-on confier semblable objet aux aliénés ? La vie journalière asilaire porte à penser que, sauf quelques cas, cela est possible, malgré les éventuels incidents. Le crachoir de lit, à col évasé et à couvercle protecteur des mouches, sera, selon les cas et particulièrement selon le mode de désinfection utilisé, ou en carton imperméabilisé ou en émail.

A propos du mobilier, ajoutons encore qu'il peut y avoir intérêt à prévoir des couverts individuels numérotés, et surtout des timbales individuelles pour les soins bucco-dentaires, placées dans les locaux de toilette, sur des étagères aménagées en conséquence.

(40) GUINARD, *op. cit.*, p. 373-376.

CHAPITRE V

FONCTIONNEMENT DU SERVICE SPECIALISE THERAPEUTIQUE ASILAIRE DE LA TUBERCULOSE

L'existence de locaux présentant dans la mesure du possible les caractéristiques envisagées nous paraît la condition nécessaire d'une efficace prophylaxie spéciale de la tuberculose, et surtout d'une efficace thérapeutique de cette affection à l'asile. Aussi est-ce en étudiant le fonctionnement de ce service que nous compléterons nos précédentes remarques concernant la prophylaxie, et que nous préciserons la thérapeutique asilaire de la tuberculose.

I

Fonctionnement matériel.

1. — Aération.

Il convient de réaliser une aération convenable, facteur capital de la cure, facteur — l'expérience le montre — trop négligé dans les établissements psychiatriques, même lorsqu'il existe une salle spéciale affectée aux tuberculeux.

On devrait, à ce point de vue, appliquer les méthodes sanatoriales même aux grabataires à lésions très évoluées.

Au sanatorium, écrit GUINARD, « les fenêtres des couloirs, des chambres, des salles à manger, des salles de réunion, sont toujours ouvertes, sauf, pour ces dernières, quand les pensionnaires s'y trouvent réunis et qu'il fait très froid ou

que le temps est très mauvais » (1). Dans ce cas, on prend soin d'ouvrir au moins quelques vasistas de fenêtre, et dès que les pensionnaires sont sortis, « les fenêtres sont réouvertes toutes grandes ».

Pour les locaux d'alitement, on doit cependant remarquer que cette règle est tempérée par la fermeture des fenêtres une demi-heure avant le lever ou le coucher des malades. Dès que ceux-ci sont effectués, on ouvre à nouveau les fenêtres.

Quant aux lavabos, pour que la toilette puisse se pratiquer sous un climat moins rigoureux, il est d'usage d'en maintenir les fenêtres fermées la nuit et de ne les ouvrir qu'après le départ des malades.

2. — Température.

Une question connexe de l'aération est celle de la température des locaux en hiver, question complexe et qu'il est impossible de traiter ici. Nous renvoyons aux tableaux que GUINARD publie à ce sujet, nous bornant à énoncer le principe :

« Il n'est pas nécessaire d'élever beaucoup la température intérieure d'un sanatorium et, particulièrement dans les temps les plus froids, on doit éviter, par un chauffage intensif, d'arriver à une trop grande différence entre la température extérieure et celle des locaux... » (2).

A Bligny, la température de la salle à manger oscille en hiver, selon la température extérieure, entre 9 et 15 degrés, et celle des chambres descend sans incident jusqu'aux environs de 0 degré, s'élevant à 12 degrés au moment du lever des malades.

3. — Mesures de propreté et de désinfection.

En dehors du balayage humide, ici plus qu'ailleurs encore indispensable, on appliquera les mesures de propreté et d'hy-

(1) *Op. cit.*, p. 155.

(2) *Op. cit.*, p. 76.

giène d'usage courant dans un service d'hôpital. Il n'y a pas lieu d'y insister. Chacun se conformera à ce point de vue à ses préférences... et à la coutume locale. On méditerait cependant utilement le sage exemple de Guinard : « En vue d'éviter de multiplier les agents chimiques et notamment l'usage, par le personnel, de produits dangereux à manipuler, nous avons adopté le lusoforme brut, qui nous a paru être une bonne préparation industrielle, à base de formol, en solution dans un liquide savonneux et alcalin. » (3). (20 à 30 grammes par litre.) Cette solution est utilisée pour le nettoyage des cuvettes, bidets, placards, literies, etc.

La désinfection des expectorations nous a précédemment retenu, à l'occasion des locaux qu'elle nécessite, de même que celle du linge. On pourrait toutefois noter que nous avons conseillé un trempage antiseptique avant la lessive, alors qu'au sanatorium un bon lessivage dans une solution bouillante de carbonate de soude est réputé suffisant. Dans ces établissements de malades disciplinés, les pièces de linge de chacun sont déposées individuellement « dans un grand sac et transportées directement à la buanderie, où, après avoir été mouillées dans le bac d'essangeage, elles sont vidées pour le triage, la mise à part et le trempage antiseptique des lainages qui ne supportent pas la lessive » (4).

Toute différente est la situation dans un établissement où les manipulations du linge par le personnel sont plus considérables en raison du comportement des malades, comportement qui augmente encore le degré de souillure du linge, et où, à la buanderie, le tri humide n'est généralement pas pratiqué; où, enfin, le linge infecté est en contact avec celui des malades non tuberculeux.

Nous avons aussi, toujours à propos des bâtiments, discuté de la question de la vaisselle et de son entretien.

(3) *Ibid.*, p. 89.

(4) GUINARD, *op. cit.*, p. 88.

La destruction du pus et des objets de pansement doit s'effectuer avec toutes les précautions d'usage en pareil cas. Le mieux est de souhaiter l'existence, quelque part dans l'établissement, d'un four d'incinération où ils pourraient être traités. Dans le cas où il n'y en aurait pas, un contact prolongé avec une solution antiseptique sera nécessaire avant d'en confier la destruction définitive à l'épuration biologique, variable selon les cas (ordures ménagères ou eaux polluées).

II

La vie des malades ou la thérapeutique hygiéno-diététique au service spécialisé.

Quelques précautions oratoires ne sont pas ici superflues si nous voulons éviter à ce paragraphe des critiques acerbes, les uns l'accusant d'être trop dogmatique, d'autres de contenir des réflexions puériles.

Il ne faut pas le dissimuler : il n'existe point, à notre connaissance, d'établissements d'aliénés où soit *réellement* appliquée une cure sanatoriale. Force nous est donc de la décrire telle que notre imagination raisonnée la peut concevoir. Aussi n'est-il pas surprenant que, dans cet essai, des difficultés nombreuses nous aient échappé alors que d'autres — peut-être plus théoriques que réelles — nous auront trop retenu.

1. — Le rythme de la vie sanatoriale. Application aux aliénés tuberculeux.

Une des grandes supériorités du traitement en sanatorium sur la cure libre individuelle est d'imposer une discipline aux malades. « C'est la valeur de cette discipline sanatoriale qui, combinée avec la valeur des conditions climatiques, font de l'établissement sanatorial la meilleure condition d'appli-

cation de la cure hygiéno-diététique », qui, on le sait, « correspond à l'association en milieu fermé, collectif et surveillé, de la triple cure d'air, de repos et d'alimentation. »⁽⁵⁾.

La cure d'air doit être permanente, diurne et nocturne : elle s'effectue par l'aération que nous avons décrite plus haut et par le séjour sur les galeries de cure.

Par contre, si la *cure de repos* est permanente et totale pour les fébricitants, et partant pour ceux dont les lésions sont très évoluées, elle est intermittente pour les autres sujets, alternant avec la mobilité ou la marche, de manière méthodiquement réglée et s'adaptant aux conditions cliniques propres à chaque sujet.

Aussi est-il indispensable de bien connaître *l'horaire du sanatorium* qui correspond à cette alternance-type. Voici, par exemple, celui du Sanatorium Despeaux-Rubod, à Bligny :

7 h. 30	Lever.
8 heures	Déjeuner. Promenade jusqu'à 9 h. 15
9 h. 15 à 10 h. 30....	Cure d'air et de repos.
10 h. 30	Promenade.
11 h. 30 à 12 heures..	Cure d'air et de repos.
12 heures	Dîner. Promenade.
14 h. à 16 heures....	Cure d'air et de repos (cure de silence).
16 heures	Goûter. Promenade.
17 h. 30 à 18 h. 30...	Cure d'air et de repos.
19 heures	Souper.
20 h. à 21 heures ...	Cure d'air (supprimée en hiver).
21 heures	Coucher (20 h. 30 en hiver).
21 h. 30	Extinction des lumières (20 h. 35 en hiver) (6).

Dans le service des aliénés tuberculeux, on doit s'efforcer de réaliser un horaire de ce type pour les groupes de malades valides, de malades curables en voie d'amélioration.

(5) LÉON BERNARD et ROGER EVEN, *op. cit.*, p. 92.

(6) D'après GUINARD, *op. cit.*, p. 143.

Mais il ne faut pas se dissimuler toutes les difficultés susceptibles de s'opposer à sa réalisation, difficultés liées, on le conçoit, à l'indocilité des malades, et quasi insurmontables pour certains d'entre eux.

Il convient donc d'envisager une *simplification* de cet horaire. Dans ce but, il est nécessaire d'en méditer les principes, qui sont de donner aux malades le maximum de repos compatible avec une certaine stimulation de l'organisme et en particulier des fonctions digestives.

En conséquence, s'il paraît possible d'allonger certaines périodes de repos, il n'en faut pas moins conserver un exercice suffisant.

On pourrait, par exemple, envisager l'horaire suivant, sous réserve de modifications en vue de l'adaptation des heures de repas à celles des distributions de la cuisine centrale :

7 h. 30 ..	Lever. Déjeuner. Confection des lits. Ménage.
9 h. 30 ..	Cure d'air et de repos.
11 h.	Promenade.
12 h.	Repas.
13 h. 30 ..	Cure d'air et de repos.
16 h.	Goûter. Promenade.
17 h.	Cure de repos.
18 h.	Promenade.
19 h.	Dîner.
20 h.	Coucher.

Au demeurant, même pour un service d'aliénés, cet horaire est moins complexe qu'il ne paraît à première vue, et susceptible de réalisation sans une excessive surveillance. Le régime ordinaire ne comporte-t-il pas déjà un certain rythme assez facilement imposé ?

En fait, la difficulté dans le présent exemple serait simplement de veiller scrupuleusement au séjour des malades sur la chaise-longue *trois fois par jour* : de 9 h. 30 à 11 heures, de 13 h. 30 à 16 heures, et de 17 à 18 heures. Cela ne doit pas être au-dessus des possibilités d'un personnel dévoué, même restreint.

On préciserait que si, pendant la cure de l'après-midi, les malades doivent s'abstenir de parler et de travailler à quelque chose que ce soit, aux autres séances de repos, il leur est permis de lire, de se livrer à de petites occupations (jeux, couture, etc.). Dans l'intervalle des séances, les malades auront accès à la salle de réunion, mais ils seront le plus possible sollicités de se promener dans la cour-jardin.

Sans doute, la surveillance qui assurera cette discipline devra être importante, particulièrement dans un service d'aliénés; mais il ne faut pas croire qu'elle soit de tout repos au sanatorium :

« La surveillance des cures d'air, écrit GUINARD, est celle qui retient le plus l'attention des médecins, car c'est là que se commettraient le plus d'irrégularités si l'on négligeait de passer sur les galeries à toutes les séances fixées par l'horaire. » (7).

Malgré toute l'insistance désirable, il ne fait pas de doute que pour certains malades, surtout dans l'aile des « isolés », les difficultés seront presque insurmontables. On pourrait, dans ce cas, par une simplification plus grande de l'horaire — regrettable, mais ici nécessaire — se borner, selon les cas cliniques, à obliger les malades à ne se lever que quelques heures le matin, ou plus exceptionnellement le soir. Cet alitement nécessiterait une patiente ténacité de la part du personnel, mais le fonctionnement des infirmeries et des quartiers de surveillance continue ou de traitement psychiatrique est un exemple quotidien de sa réalisation pratique.

Au demeurant, c'est d'une façon analogue que l'on agirait pour les malades trop gravement atteints pour se plier à la vie sanatoriale, somme toute relativement active. Mais on les ferait néanmoins bénéficier, — nous y insistons à nouveau —, de l'aération continue. On s'inspirerait dans cette discrimination des principes courants en matière de phtisiologie,

(7) *Op. cit.*, p. 157.

dont on trouverait, en particulier, l'exposé dans le livre de Léon Bernard et Even :

On admet qu'un tuberculeux dont la température dépasse nettement 38° à $38^{\circ}5$ doit séjourner au lit. Quand la température oscille entre $36^{\circ}8$ et $37^{\circ}2$, on permet la marche à toute heure de la journée (en dehors des heures de cure, cela va sans dire). Les subfébriles à $37^{\circ}2$ - $37^{\circ}5$, le matin, 38° le soir, marcheront le matin. La fréquentation d'un service de sanatorium nous a montré que ces règles sont appliquées sans rigueur : certains permettent le séjour sur la chaise-longue, les repas au réfectoire à des malades dont la température n'est guère inférieure à 38 degrés le matin. Il faut aussi remarquer qu'il n'est pas contre-indiqué de permettre à un malade à grandes oscillations thermiques de se lever le matin pendant la période afébrile.

De toute évidence, ces variations individuelles dans la vie des malades constituent une lourde complication pour la surveillance par le personnel. On allégerait sa tâche en lui faisant comprendre les critères qui règlent la décision du médecin; l'infirmier s'associerait en quelque sorte à l'œuvre médicale au lieu d'obéir à des ordres difficiles à exécuter — et à retenir — parce que mal compris. On allégerait aussi sa tâche — au prix de quelques libertés avec les règles ci-dessus — en évitant une individualisation des horaires et en se bornant à 2 ou 3 catégories : c'est ce qu'avait tenté le Docteur BRIAU lors de l'ouverture du pavillon de Chezal-Benoît⁽⁸⁾. Mais c'est surtout par le groupement en de mêmes locaux, d'alitement des malades de chaque catégorie qu'on la rendra possible.

2. — Le régime alimentaire.

a) *Principe.*

Autre élément primordial du traitement des tuberculeux : la *diététique*. Nous avons été bref aux « Généralités »; nous insisterons davantage ici. Tout en condamnant la suralimen-

(8) Cf. *Arch. int. de neurol.*, avril 1934, p. 177.

tation, qui fut longtemps en honneur, on reconnaît, en général, aujourd'hui, avec MOURIQUAND, que :

« les régimes restreints, suffisants pour une nutrition normale, deviennent insuffisants pour celle du tuberculeux, [et qu'] il est nécessaire d'opposer à la tuberculose un régime équilibré, large, abondant, varié, frais, « vivant » (9).

On peut cependant admettre, pour la simple commodité des prévisions rationnelles, qu'un tuberculeux a besoin de 420 calories de plus que les 2.100 nécessaires à un homme sain, et qu'elles doivent être fournies par « une alimentation substantielle saine, très variée en aliments cuits et frais, sans aucune restriction... » (10).

Méditant cette remarque de GUINARD : « un tuberculeux lésé du côté gastro-intestinal est en grande partie désarmé », on déduira qu'il convient d'éviter tous les médicaments susceptibles de nuire à la digestion, et parmi eux les « fortifiants » — principe difficile à faire admettre des familles — les aliments mal préparés, indigestes, de mauvaise qualité.

On n'oubliera pas non plus l'appétit capricieux de ce genre de malades, et l'on notera que « la cuisine bien faite est le plus sûr des apéritifs. Ceux qui ont la charge de cet important service, dans un sanatorium, ne doivent jamais oublier l'importance des fonctions qui leur sont confiées. » (11). A ce point de vue, GUINARD souligne le danger de la routine, qui entraîne des « préparations automatiques et sans soins », de la périodicité régulière des menus, facteur de dégoût pour les malades.

On peut conclure de ce rappel que les œufs et la viande crue en supplément, sans être éliminés, ne doivent intervenir dans le régime du pavillon spécial que d'une façon individuelle.

(9) Cité par GUINARD, *op. cit.*, p. 168.

(10) *Op. cit.*, p. 170.

(11) GUINARD, *op. cit.*, p. 172.

Avant d'envisager comment pourrait être réglé pratiquement, du point de vue administratif ou financier, le régime des tuberculeux de l'asile, apportons quelques exemples d'application des principes ci-dessus empruntés au sanatorium. « Il est admis, écrivent RAYNIER et BEAUDOUIN, comme règle générale, qu'il faut éviter les repas copieux et les remplacer par de petits repas plus fréquents... » (12).

C'est à ces nécessités que correspondent, au sanatorium, l'institution du quatrième repas, dit goûter, comprenant en général une tartine de pain beurrée avec une tasse de thé au lait et la réglementation à quarante-cinq minutes de la durée des repas du midi et du soir.

A titre d'exemple, indiquons qu'à Bligny, le repas comprend un potage, une entrée, un plat de viande, un plat de légumes, un dessert.

Celui des sanatoriums publics de l'Hérault s'établit comme suit :

Déjeuner :

Hors-d'œuvre;
Un plat de viande ou poisson;
Deux légumes;
Un dessert.

Dîner :

Un potage;
Un plat de viande ou œuf;
Un légume;
Un entremets;
Un dessert.

b) *Projet de réalisation à l'asile.*

Il ne fait pas de doute que le régime commun se révèle insuffisant pour les aliénés tuberculeux. L'éventualité la plus simple en vue d'améliorer ce régime pour cette catégorie de

(12) Le régime alimentaire des asiles d'aliénés, *L'aliéniste français*, mars 1934, p. 162.

malades paraît être de faire jouer l'article 135 du règlement modèle :

« Le régime alimentaire ne peut être modifié individuellement qu'en vertu des prescriptions du médecin en chef, dans les limites tracées par le modèle n° 2 pour les mets de remplacement. » On sait que ce modèle n° 2 est le tableau du régime alimentaire du jour, comprenant « la fixation en nombre et en nature des mets du régime ordinaire pour chaque catégorie et des mets de remplacement », tableau qu'en vertu de ce même article le directeur doit faire connaître chaque jour à l'économe et aux médecins « avant la visite du matin ».

Bien que, au dire du R. I. G. de 1923⁽¹³⁾, cette dernière prescription soit « assez souvent inobservée », il n'est pas besoin de fréquenter longtemps un établissement pour s'assurer combien sont restreintes « les limites tracées » : une côtelette de temps à autre..., un beefsteak le plus souvent, ... une purée de pommes de terre, ... et c'est à peu près tout.

C'est peu pour maintenir l'appétit et augmenter un régime pour lequel on a pu noter parfois (R. I. G. 1923) : « cuisson difficile des légumes secs; monotonie des menus et de la nature de la viande dont le bœuf bouilli constitue l'élément principal sinon exclusif ».

Par contre, dans les établissements où cette importante question de l'alimentation a reçu et reçoit toujours la vigilante attention des services intéressés — directeur, économe, médecins — ces « possibilités » sont presque suffisantes, surtout si une interprétation libérale permet la distribution d'aliments, tels que fruits, légumes verts, conserves de poissons, ne figurant certes pas aux mets de remplacement du régime commun. Aussi, l'usage du plat de remplacement, selon les circonstances suffisant ou insuffisant, ne paraît devoir être considéré que comme un pis aller provisoire pour régler l'alimentation d'un pavillon spécialisé de tuberculeux nouvellement construit ou amélioré.

(13) *L'aliéniste français*, mars 1934.

Plus intéressante semble devoir être une éventuelle révision du règlement du service intérieur par l'élaboration, suivant les grandes lignes de l'article de RAYNIER et BEAUDOUIN (14), à côté d'un « régime-étalon », d'un « petit nombre de régimes-types préétablis », parmi lesquels le « régime de déperdition azotée » (avec ration d'albuminoïdes augmentée, et ajouterons-nous, de graisses) paraît le mieux adapté à la tuberculose.

« L'établissement de catégories suffisamment adaptées serait de nature à faciliter la tâche de tous : du médecin qui aurait à les prescrire et ne devrait qu'exceptionnellement apporter des modifications strictement individuelles dans des cas bien déterminés; des services économiques, dont les prévisions seraient simplifiées; des agents chargés de la préparation qui s'habitueraient plus aisément à un petit nombre de types de régimes qu'à la confection et à la distribution de multiples régimes individuels.

» Ceux-ci, en effet, ne réalisent pas ceux-là dans la pratique. Et nous savons quelles difficultés matérielles sont rencontrées quotidiennement dans tel ou tel service quand il s'agit d'obtenir une « purée sans sel » ou du bouillon de légumes et qu'on se heurte à des arguments tels qu'absence de récipients, par exemple... L'appui d'un texte réglementaire serait à cet égard d'une grande utilité pour le médecin. Il n'est pas besoin d'y insister.

» De même faudrait-il que les dispositions inscrites au règlement du service intérieur aient en vue divers détails utiles... : repas supplémentaires, minimum exigible de légumes frais, etc... » (15).

Dans l'élaboration de ce régime spécial, de même que pour tous ces régimes types, on s'inspirerait utilement, outre du tableau du Règlement de 1857, des données de la circulaire du 13 juin 1913 sur le régime alimentaire dans les hôpitaux de Paris dont nous croyons devoir reproduire le tableau suivant, à titre d'exemple :

(14) *L'aliéniste français*, avril 1934, p. 232.

(15) *Ibid.*, p. 233.

		Quantités allouées.	
		Avant préparation	Après préparation
« V. — RÉGIME DES CONVALESCENTS (2^e période).			
<i>Repas avant la visite :</i>			
Lait			0 l. 25
ou café au lait { café			0 l. 20
lait			0 l. 10
ou potage gras, ou maigre, ou potage au lait			0 l. 30
<i>Repas du midi :</i>			
Viande rôtie (premiers morceaux)	0 kg. 180	0 kg. 090	
ou jambon blanc		0 kg. 080	
ou poisson	0 kg. 160	0 kg. 100	
Purée de légumes secs	0 l. 08	0 l. 15	
ou pomme de terre	0 kg. 150	0 l. 15	
ou légumes de saison	0 kg. 200	0 l. 15	
ou pâtes alimentaires	0 kg. 080	0 kg. 200	
<i>Repas du soir (α) :</i>			
Potage gras, maigre ou potage au lait.....			0 l. 30
Poisson	0 kg. 160	0 kg. 100	
ou jambon		0 kg. 080	
ou bœuf à la mode	0 kg. 180	0 kg. 090	
ou œufs		2.	
Fruits cuits ou compote.....	0 kg. 120	0 kg. 100	
ou confitures		0 kg. 080	
ou riz au lait	0 kg. 020	0 kg. 120	
<i>Boisson (β) :</i>			
Vin (hommes et femmes)		0 l. 20	
ou bière (d°)		1 l.	

α. Les jours d'entremets, on donne le dessert [du] repas du soir le matin, et on donnera le soir le légume [du] repas du matin.

β. Exceptionnellement, sur prescription du chef de service, le lait pourra être alloué pour boisson à raison de 1 litre pour les hommes et les femmes.

« VIII. — RÉGIME DE SURALIMENTATION :

» Le régime de suralimentation comprendra l'un des régimes fondamentaux... auquel on adjoindra par jour un supplément constitué par

deux œufs ou... deux sardines ou... 100 grammes de viande crue pulvée ou... 40 grammes [de] fromage ou... 50 grammes [de] beurre.

» N. B. — 1° Les quantités de viande et de légumes allouées aux malades femmes seront pour tous les régimes réduites de 20 p. 100.

» 2° Le pain est donné à discrétion par petites tranches : la dépense peut être évaluée par portion à : régime des convalescents, ... 200 grammes; régime normal, 400 grammes (16). »

Le régime VIII, un peu excessif, est abandonné à l'heure actuelle. L'Asile de Fleury-les-Aubrais s'est, on le sait, sous l'inspiration de PIXARD, engagé dans la voie de la réforme du régime alimentaire; il semble, toutefois, qu'à l'égard des tuberculeux il faille encore faire jouer (art. 1 bis) un régime spécial « objet de prescriptions médicales individuelles ».

Aussi est-ce à la réalisation du Pavillon de tuberculeux de Chezal-Benoît que nous empruntons notre documentation. Elle résulte des renseignements qui nous ont été aimablement fournis par le Docteur COURTOIS, médecin-directeur, et par l'économe. On en trouverait une bonne part dans le rapport de M. Maurice QENTIN, présenté au Conseil général (1934) au nom de la 3^e Commission.

Au point de vue alimentation, on peut extraire les données suivantes :

Bases (aliénés tuberculeux). Par jour, un plat de viande le soir, et un dessert le midi, de plus que le régime commun des autres aliénés.

Dotation. — Par repas, viande :

régime commun, 200 gr.;

travailleurs, 225 gr.

aliénés tuberculeux, 220 gr.

Ce qui donne, par jour, 440 grammes de viande pour les tuberculeux, contre 225 grammes aux travailleurs qui n'ont qu'un plat de viande par jour. Poisson (200 g.) et œufs (2), comme le régime commun. La ration de pain est identique (600 g.); celle de vin, de 0 l. 20 contre 0 l. 25 aux travailleurs.

(16) Cité par RAYNIER et BEAUDOUIN in *L'aliéniste français*, avril 1934, p. 254-255 et 256.

Il en résulte un régime alimentaire ainsi conçu :

Premier repas :

soupe grasse ou maigre;
café noir.

Deuxième repas :

soupe grasse ou maigre;
un plat de viande;
un plat de légumes;
un dessert.

Goûter : pain et chocolat.

Troisième repas :

soupe;
un plat de viande (poisson ou œufs);
un plat de légumes;
salade ou dessert (17).

C'est vers une réalisation de cette nature qu'il conviendrait de s'orienter dans un pavillon bien adapté au traitement des aliénés tuberculeux.

La répercussion financière de semblables mesures n'est certes pas négligeable : les calculs de l'économiste de Chezal-Benoît, pour 1934, mettent en évidence une augmentation du prix de revient, en ce qui concerne les dépenses de nourriture, de 1 fr. 11 (celles-ci passant de 3 fr. 022 à 4 fr. 132). On peut se demander si le fonctionnement satisfaisant des plats de remplacement, dans les établissements où ce système existe pour les tuberculeux, n'entraîne pas, en fait, une dépense au moins égale.

Par mesure de simplification, en vue d'éviter l'établissement d'un régime spécial pour un petit nombre de malades, on pourrait cependant envisager s'il ne serait pas financièrement équivalent de décider la distribution aux tuberculeux du régime commun de l'alimentation de la classe immédiate-

(17) Répartition, en ce qui concerne la viande : 3 repas de bœuf, 2 de veau, 2 de mouton, 2 de poisson, 3 d'œufs.

ment supérieure. Mais il y aurait sans doute à cette solution des difficultés d'ordre réglementaire et pratique.

Le jour où l'on appliquerait un double prix de journée pour les aliénés, selon qu'ils seraient hospitalisés dans la section hôpital ou dans la section hospice — éventualité maintes fois mise en avant par Raynier en particulier, et dont les avantages seraient indiscutables — il semble que les aliénés tuberculeux pourraient bénéficier de cette réforme.

3. — Intérêt de quelques articles au règlement pour sanctionner le régime intérieur particulier du pavillon pour aliénés tuberculeux.

Cette courte esquisse de la vie des malades et de leur alimentation au pavillon spécialisé souligne les différences de régime intérieur entre ce quartier et le reste de l'établissement. Aussi paraît-il logique d'envisager l'introduction, dans le règlement particulier d'un asile, de quelques dispositions sanctionnant cet état de choses.

On pourrait, outre cette importante question du régime alimentaire, y fixer l'horaire spécial du lever et du coucher, la durée des repas, y préciser que — pour les malades désignés pour le travail — la durée de celui-ci doit être obligatoirement et individuellement réglée par le médecin. On y introduirait également avec profit une réglementation stricte des visites.

« Une cure hygiéno-diététique ne rend le maximum de résultat possible que si elle est ininterrompue et poursuivie avec régularité », écrit GUINARD; et sur cette base, il *limite les visites des familles* au sanatorium. On s'arrêterait utilement à l'asile à une visite par semaine, visite de courte durée, et dont l'horaire — cadrant pour la commodité avec les visites dans le reste de l'établissement — n'en devrait pas moins s'adapter au régime intérieur du service spécialisé. On aurait tout avantage — réserve faite de tolérance humanitaire particulière — à interdire l'accès du parloir des tuberculeux aux tout jeunes enfants sensibles à l'éventuelle contagion.

III

Le fonctionnement médical du service spécialisé.

Thérapeutique active.

1. — Surveillance des malades.

Conformément au règlement, il va sans dire que les hospitalisés du service spécialisé seront soumis à la visite médicale journalière. Celle-ci constituerait, en fait, une très appréciable surveillance médicale par les examens individuels qu'entraîneraient les circonstances et les divers incidents tant physiques que psychiques (état général, élévation anormale de température, diarrhée, hémoptysies, comportements particuliers, idées délirantes, certificats d'usage...). Cette surveillance n'en devrait pas moins être complétée par des examens systématiques périodiques pour lesquels on s'inspirerait des règles appliquées au sanatorium où il est d'usage de pratiquer un examen tous les vingt jours, même s'il ne s'est produit depuis le précédent aucun incident. Cet examen comporte, outre une *pesée*, une *auscultation* soigneuse complétée s'il y a lieu par un *examen radioscopique*. La *bacilloscopie* est pratiquée, en principe, tous les deux mois.

2. — Conduite du traitement. La question du pneumothorax.

Nous avons souligné le fonctionnement de la cure hygiéno-diététique; il nous paraît difficile d'apporter, pour ce qui concerne l'emploi de thérapeutiques plus particulières, des règles précises (tuberculinothérapie, chrysothérapie, notamment). Elles relèvent des préférences et des habitudes médicales de chacun. Nous avons, dans les « Généralités », évoqué leur rôle. Le fait qu'elles sont à appliquer à des aliénés ne paraît pas devoir entraîner de difficultés différentes de celles qu'il est d'usage de rencontrer dans ces circonstances.

Tout autre est la question de la réalisation éventuelle du

pneumothorax chez les aliénés tuberculeux hospitalisés. Elle mérite de retenir notre attention.

La complexité de cette réalisation résulte :

- 1° du fait qu'elle s'adresse à des aliénés;
- et 2° à des sujets, hospitalisés sans doute, mais qui ne sont point sous la surveillance régulière d'un médecin rompu à la pratique de cette thérapeutique.

En vue d'essayer de déterminer une ligne de conduite dans ces éventualités, nous envisagerons d'abord, d'après l'expérience courante, comment peut être réalisé le pneumothorax pour des malades se trouvant dans des conditions médicales analogues à celles des aliénés hospitalisés (absence de surveillance constante du phthisiologue); puis, dans une seconde étape, nous esquisserons les restrictions qu'impose le fait qu'il s'agit d'aliénés.

a) *L'absence de surveillance constante d'un phthisiologue est-elle un obstacle insurmontable à la création et à l'entretien du pneumothorax ?*

On doit, au préalable, évoquer la conduite du traitement collapsothérapique par le pneumothorax artificiel dont nous avons, aux « Généralités », schématisé le mode d'action et les indications.

En général, 4 insufflations sont nécessaires, tous les deux jours, pour que la pression optima individuelle soit atteinte. Puis, le rythme sera d'une insufflation tous les quatre ou cinq jours pour passer, très rapidement d'ailleurs, à une insufflation par semaine. On peut alors estimer que la période dite *de création* est achevée. Celle *d'entretien* commence. Au bout de quelques mois, les insufflations s'espaceront; elles seront faites tous les quinze jours, voire même toutes les trois semaines.

Telle est la technique applicable en général. Mais il est nombre de circonstances individuelles qui tantôt permettent d'accélérer la création, tantôt par contre compliquent la tâche.

Afin de donner un aperçu moins simpliste de la méthode, il est indispensable d'ajouter qu'un traitement bien conduit ne se bor-

nera pas à appliquer ces conseils de prudence et à s'inspirer des signes fonctionnels locaux. Il devra s'efforcer d'éviter les complications du pneumothorax et envisager la ligne de conduite au cours de celles-ci.

On peut en rappeler les principales :

— pulmonaires : bilatéralisation secondaire posant d'angoissants problèmes, d'une part; perforation pulmonaire, d'autre part; soit étroite, bénigne en général; soit large, résultant de l'ouverture d'un tubercule sous-pleural plus que d'accident d'insufflation, dramatique et le plus souvent mortelle;

— pleurales : épanchement (séreux ou purulent). Ces complications étant, de beaucoup, les plus fréquentes.

Rappeler ces éventualités, c'est redire encore combien est complexe la cure collapsothérapique et qu'une compétence particulière est nécessaire pour sa conduite.

Le nombre des lits dans les services spécialisés ne permettant d'hospitaliser ni assez vite ni assez longtemps les malades reconnus au dispensaire justiciables du pneumothorax artificiel, les phthisiologues ont été amenés à étudier la possibilité, malgré les complexités de la conduite de la cure, de ne point cependant priver les malades non hospitalisés des bienfaits de cette thérapeutique.

Il ne fallait guère compter sur les médecins praticiens libres : peu sont rompus à la pratique des pneumothorax. Par ailleurs, beaucoup de malades ne sauraient, en raison de la modicité de leurs ressources, faire les frais de soins coûteux. Aussi les phthisiologues ont-ils pensé au dispensaire. Et c'est pourquoi, comme nous l'avons vu dans notre étude de l'organisation de la lutte antituberculeuse, le dispensaire idéal doit jouer un rôle thérapeutique..., rôle, nous l'avons rappelé également, dont l'assiette légale est bien fragile, puisqu'il résulte de l'interprétation libérale du deuxième paragraphe de l'article 1^{er} de la loi Léon Bourgeois, ainsi conçu : « Ces dispensaires organiseront, pour les malades privés de ressources, d'accord avec les services locaux ou régionaux d'hygiène et d'assistance, des consultations gratuites et des distributions de médicaments. » (18).

(18) Loi du 15 avril 1916 instituant des dispensaires d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse.

Sans doute peut-on faire remarquer, avec FOIX et BOSNIÈRES (19), que lorsque le législateur institua les dispensaires, la méthode de FORLANINI n'était pas encore répandue en France; mais il n'en est pas moins vrai que ces dispositions réglementaires freinent l'activité thérapeutique des dispensaires..., activité que d'ailleurs les syndicats médicaux — très légitimement — préfèrent voir réservée aux médecins-praticiens ou aux hôpitaux, tout en reconnaissant que, par suite de certaines circonstances locales — équipement insuffisant des médecins — elle est justifiée.

Cette activité s'oriente, nous l'avons vu, dans deux sens : la création, l'entretien du pneumothorax. Mais alors que les réinsufflations d'entretien sont en général considérées comme une tâche normale par la plupart des dispensaires, le plus grand nombre se refusent à entreprendre les créations.

Les mobiles de ces attitudes sont bien mis en évidence dans les rapports soumis au Congrès de la Tuberculose à Bordeaux, en 1931 — et la discussion qui s'ensuivit — à propos de la question : « *Comment rendre accessible aux tuberculeux indigents le traitement par le pneumothorax au dispensaire ?* »

Sans revenir sur les mobiles d'ordre réglementaire ou déontologique auxquels nous venons de faire allusion, on peut retenir les éléments purement médicaux du problème. Il semble résulter des rapports de KUSS, de SECOUSSE et PIÉCHAUD, et de l'ensemble de la discussion, qu'au point de vue médical on doit complètement distinguer la création et l'entretien du pneumothorax.

A l'égard de *l'entretien*, tous sont d'accord : la possibilité de complications survenant au cours des réinsufflations au dispensaire et partant sans hospitalisation sous la surveillance constante du spécialiste peut être considérée comme une « éventualité négligeable » (20), réserve faite des cas à épanchements ou relevant de la thoracentèse qui doivent être traités à l'hôpital.

(19) Le pneumothorax thérapeutique en « cure libre » chez les tuberculeux, *Presse médicale*, 8 nov. 1930, p. 1513-1515.

(20) VII^e Congrès national de la Tuberculose à Bordeaux, 1931, p. 453.

Par contre, pour ce qui concerne la *création*, les phtisiologues sont beaucoup plus circonspects. Pourtant, Kuss⁽²¹⁾, AMEUILLE, FOIX et BONNIÈRES⁽²²⁾ font sans incident le pneumothorax en « cure libre » au dispensaire. Au préalable, par une enquête médicale et sociale, ils s'assurent que le pneumothorax est bien indiqué, qu'il est possible au dispensaire (absence de fièvre élevée, d'hémoptysies), que la situation familiale d'habitation est relativement satisfaisante :

« ... Nous créons, dit Kuss, le pneumothorax au dispensaire chez les malades valides ou légèrement fébriles qui peuvent rester chez eux dans des conditions à peu près satisfaisantes; ces malades sont reconduits en voiture à leur domicile par une de nos infirmières-visiteuses et surveillés par elle jusqu'à l'insufflation suivante...; en fait, nous n'avons jamais eu de complications sérieuses provoquées par ce *modus faciendi*... »⁽²³⁾.

En résumé, l'entretien du pneumothorax créé en milieu sanatorial et évoluant normalement ne présente pas de difficultés spéciales : il suppose une simple mise en contact périodique du patient, du spécialiste et de son instrumentation (radioscopie, appareil à insufflation), réalisation facile en raison du nombre de dispensaires se prêtant à ce rôle.

La création, par contre, possible en cure libre pour une certaine catégorie de malades, nécessite pour le plus grand nombre l'immobilisation sous la surveillance fréquente du phtisiologue.

b) Esquisse de quelques modalités permettant d'appliquer le pneumothorax à des internés.

Ces faits connus, nous pouvons désormais envisager — pour autant que quelques malades d'asile soient justiciables de cette thérapeutique, pour autant que leur comportement mental n'y fasse pas obstacle, et compte tenu de la forme de

(21) Rapport au VII^e Congrès..., p. 428.

(22) Cf. *Presse médicale*, 8 nov. 1930, p. 1313-1315.

(23) VII^e Congrès..., p. 430.

collaboration du phthisiologue-radiologiste envisagée dans un précédent chapitre — comment cette thérapeutique pourrait être appliquée aux assistés du pavillon-sanatorium hospitalisés dans de bonnes conditions et soumis à une surveillance médicale, non spécialisée, certes, mais du moins éclairée.

Plusieurs éventualités sont à discuter : elles sont même nombreuses, et dépendent surtout de la nature de collaboration qui aurait été établie en vue du dépistage. On peut, cependant, en considérer quelques-unes : c'est à l'ingéniosité des médecins et administrateurs de trouver dans les circonstances locales les solutions possibles bien que complexes. L'intérêt des malades le demande, il ne faut point se laisser rebuter par les difficultés. S'il existe à proximité immédiate de l'asile un organisme de lutte antituberculeuse qui pratique la création du pneumothorax en cure libre (dit encore pneumothorax ambulatoire), et si le malade relève de cette technique, il paraît possible de le confier à cette formation sanitaire, et de l'y conduire chaque fois que nécessaire. Cela serait possible, mais (nous ne nous le dissimulons pas) de réalisation difficile. Cependant, comme il s'agirait en somme de cas exceptionnels, l'éventualité n'est pas à éliminer d'emblée.

Beaucoup plus réalisable, par contre, serait — s'il s'agit d'un malade relativement docile et susceptible d'être hospitalisé quelque temps sans se livrer à des actes antisociaux — de conduire et de faire admettre pour le tout début de la création du pneumothorax, l'aliéné tuberculeux dans un service hospitalier effectuant cette opération. Ce service peut être ou un service hospitalier proprement dit — type hôpital-sanatorium — ou, comme dans le cas du Finistère, le dispensaire lui-même, soit simplement quelques lits d'hôpital mis à la disposition du médecin de dispensaire, fonctionnant en annexe à cet établissement; ces formations sont rares, mais elles paraissent destinées à se développer.

Dès que la création est en bonne voie, le malade ramené à l'asile est simplement conduit aux séances d'insufflation,

suffisamment espacées pour n'être pas une charge trop lourde pour l'asile.

Mais, à vrai dire, ce ne sont là que des pis aller : la solution idéale serait de créer et d'entretenir le pneumothorax au pavillon-sanatorium. La difficulté n'est pas dans la question de l'appareillage — le service spécial doit posséder un poste de radiologie, il peut également avoir un appareil de Kuss, les aiguilles et les trocarts nécessaires (ce sont là des frais insignifiants) — elle est dans la collaboration du spécialiste.

Nous avons envisagé celle-ci comme devant se borner à une visite par quinzaine pour ce qui concerne le dépistage; rendre cette collaboration hebdomadaire est suffisant pour surveiller et entretenir un pneumothorax évoluant depuis quelque temps, d'autant qu'il n'est nullement impossible à un médecin d'asile — aidé de ses internes — qui s'intéresserait à la question de pratiquer, après un apprentissage assez court, une insufflation intermédiaire nécessaire. Nous le répétons : la difficulté n'est pas dans l'acte opératoire, *elle est dans la conduite du traitement.*

Mais cette collaboration est insuffisante pour créer un pneumothorax. On serait donc amené, dans une réalisation pratique, au moment du choix du spécialiste, à envisager la possibilité pour celui-ci — et cela sans répercussion financière excessive — au tout début d'une création de pneumothorax, de venir d'une façon plus fréquente à l'asile, avec une cadence qu'*a priori* il semble possible de maintenir dans les limites raisonnables, en utilisant à plein la surveillance et l'activité du médecin d'asile et de ses collaborateurs.

c) *Dans quelle mesure le pneumothorax est-il applicable aux aliénés ?*

Ces diverses méthodes seraient à peu près irréalisables dans le cas où la quasi-totalité des aliénés tuberculeux s'avérerait justiciable du pneumothorax, et susceptible d'y être soumise. En fait, au moins au début, une telle éventualité

n'est pas à redouter. Les contre-indications du pneumothorax (Cf. chapitre des « Généralités ») limitent son emploi. Mais surtout, le fait qu'il s'agit d'aliénés restreint dans d'importantes proportions son application. Nous ne craignons pas de l'écrire, pour beaucoup de phthisiologues, l'aliénation est une contre-indication :

« Les sujets à crises nerveuses, à tendances syncopales, à émotivité ou à pusillanimité excessives, à réflexes exagérés, doivent inspirer quelque méfiance quant à la possibilité de production des redoutables accidents d'éclampsie pleurale... » (24).

Méfiance..., sans plus !

La crainte d'une modification dans le comportement des malades — phase d'agitation notamment — qui s'opposerait à la conduite régulière et patiente d'un traitement de longue haleine paraît être la cause déterminante de la réserve des phthisiologues, car ils redoutent, avec juste raison, qu'un pneumothorax interrompu dans de mauvaises conditions soit plus néfaste qu'utile. Par ailleurs, ils craignent aussi que le malade ne soit pas en état de se conformer à la cure de repos nécessaire.

Il y a là, sans doute, beaucoup de vérité : mais on ne peut s'empêcher de penser que *tant que des essais loyaux, suffisamment répétés, et dans des conditions bien choisies*, n'auront pas confirmé d'une manière définitive ces opinions, les dangers redoutés sont peut-être plus théoriques que réels... ou, en tout cas, généralisés abusivement.

On étonnerait bien des médecins et bien des phthisiologues en leur décrivant tout ce que les psychiatres savent obtenir de leurs malades, toutes les thérapeutiques qu'ils savent leur faire accepter. Le comportement éminemment varié des aliénés est mal connu, même dans les milieux cultivés. La « folie » évoque surtout le « *furiosus* ».

(24) DUMAREST et BRETTE, *op. cit.*, p. 309. On sait que l'on entend par éclampsie pleurale les accidents nerveux survenant lors de la piqure de la plèvre.

On peut espérer qu'un phthisiologue ne renoncera pas à tenter une thérapeutique qui a fait ses preuves — plus qu'aucune autre — dans une maladie redoutable, par le seul fait qu'il s'agit d'un aliéné, si un confrère d'asile en qui il a confiance sait lui montrer le véritable comportement du malade à traiter.

Mais, pour vaincre cette légitime résistance, le psychiatre devra, au moins au début, être particulièrement prudent — sans excès — dans son choix et tenace dans sa résolution. Il méditera cette réflexion de DUMAREST et BRETTE : « *L'intérêt du malade prime toute autre considération, et la prudence de l'abstention doit, chez le médecin, céder le pas au devoir de l'action, lorsque celle-ci peut procurer au malade une chance de salut.* »⁽²⁵⁾

IV

Remarques complémentaires sur la population à admettre dans un pavillon spécialisé.

1. — Tuberculoses dites chirurgicales. Conséquence thérapeutique de leur admission.

La règle en vue d'une utilisation complète du pavillon ou du service spécialisé serait d'y admettre toutes les tuberculoses de l'établissement, *quelle qu'en soit la forme*. On concevrait mal qu'après s'être engagé dans la voie coûteuse d'un local répondant aux nécessités des divers pavillons de classement, il restât des tuberculeux dans les salles ordinaires de l'asile.

On remarquerait d'ailleurs que si, pour certaines tuberculoses chirurgicales fermées, la nécessité d'un tel groupement paraît, du point de vue de l'isolement, s'imposer beaucoup moins impérieusement, ce groupement serait nécessaire en

(25) *Op. cit.*, p. 317.

vue d'assurer une utilisation complète des locaux. Nous avons pensé, après l'étude de diverses statistiques qui font l'objet de notre chapitre sur les « Données numériques de la tuberculose à l'asile », pouvoir arbitrer autour de 6 p. 100 de la population le nombre des tuberculeux. C'est d'après ce chiffre que nous avons esquissé une disposition possible des locaux.

Mais ce nombre répond au total des diverses formes de tuberculoses : pulmonaires, ostéo-articulaires, intestinales, péritonéales, génito-urinaires, ganglionnaires, cutanées. Les premières l'emportent par leur nombre et leur gravité, mais les autres n'en existent pas moins.

Un tel assemblage n'est d'usage ni dans les formations sanitaires parmi la population générale, ni dans les organismes de cure de la lutte antituberculeuse. On peut même indiquer que le décret du 10 août 1920 — article 12 bis à 12 septies — fixe les conditions techniques et hygiéniques que devront remplir les sanatoriums destinés au traitement des tuberculoses ostéo-articulaires et ganglionnaires.

Il ne fait pourtant pas de doute qu'à l'asile, en dehors des nécessités numériques rappelées plus haut, de nombreux arguments justifient un tel groupement : isolement nécessaire des formes ouvertes, par exemple, facilité plus grande de traitement et de repos en plein air donnée aux malades ainsi hospitalisés; résistance aux surinfections des malades atteints de formes chirurgicales.

Convient-il, pour rendre ces locaux aptes à recevoir cette catégorie de malades, d'y prévoir des aménagements spéciaux ? La salle d'opération, les deux salles de pansement septique et aseptique, prescrites par les articles susvisés seraient ici tout à fait hors de proportion avec le nombre de malades à traiter.

Est-ce la nécessité de pratiquer l'héliothérapie, possible seulement peu de mois par suite du climat de la plupart des établissements, qui obligerait à compléter l'organisation en vue de posséder « à proximité des dortoirs... des galeries

d'héliothérapie bien orientées, de plain-pied avec les dor-toirs, où les lits pourront être roulés facilement » ? ⁽²⁶⁾. Il ne nous semble pas. Il doit être facile de trouver, dans les installations que nous avons esquissées, la possibilité de réaliser l'insolation nécessaire de quelques malades. On remarquerait, au surplus, que si les malades doivent être le plus possible au grand air, l'héliothérapie proprement dite ne doit leur être appliquée qu'un *temps relativement court*, chaque jour, et *par cures successives* entrecoupées de périodes d'abstention.

Ce n'est point le lieu d'aborder, même schématiquement, la question de la thérapeutique actinique — laquelle fait chaque jour reculer et préciser les interventions mutilantes — des tuberculoses dites si improprement « externes », qu'il vaudrait peut-être mieux nommer « locales », comme l'ont proposé certains auteurs, par opposition aux tuberculoses type pulmonaire, locales aussi sans doute dans leurs lésions, mais générales par leur retentissement. Citons cette phrase de LÉON BERNARD et EVEN : « L'héliothérapie doit sa remarquable efficacité, d'une part à son action microbicide, d'autre part à son action résolutive sur la lésion locale et son action tonique sur l'état général. » ⁽²⁷⁾.

Mais redisons surtout, après tant d'autres, que l'héliothérapie ne doit pas être maniée en aveugle : sa technique est assez simple, mais il faut la connaître afin surtout d'éviter l'accoutumance qui détruit l'efficacité de la méthode, et dont la pigmentation est un symptôme ⁽²⁸⁾.

2. — La question des « pensionnaires ».

Si l'on adapte à la thérapeutique de la tuberculose un pavillon d'asile, il faudra aussi y admettre, dans les établissements où cette catégorie d'internés existe, les aliénés tuber-

(26) Décret du 10 août 1920, art. 12 *quater*.

(27) *Op. cit.*, p. 119.

(28) Cf. à ce propos, en particulier, les travaux du Docteur Charles BROY.

culeux des classes supérieures; dits communément « pensionnaires ». Il ne semble pas que cette pratique doive soulever de graves objections, d'autant qu'on saurait, par l'attribution d'une chambre particulière, pallier à certaines promiscuités mal vues des familles.

Au demeurant, ce *modus faciendi* ne serait que l'application aux tuberculeux d'une pratique courante dans les asiles:

« Les établissements publics, écrivait déjà Pärchappe, offrent d'ailleurs, comme ressource contre les insuffisances du classement dans le pensionnat, la faculté de placer temporairement ou même définitivement, avec le consentement des familles, dans l'asile du régime commun, les malades qui ne pourraient être maintenus dans le pensionnat sans inconvénient pour eux-mêmes et sans dommage pour les autres pensionnaires. » (29).

On ne voit pas pourquoi une si sage méthode ne pourrait être appliquée aux tuberculeux qui, en raison de leur contagiosité possible et des nécessités de leur traitement, rentrent parfaitement dans ce cas.

3. — Malades relevant du préventorium.

En cas de difficulté à peupler un pavillon spécialisé, ne conviendrait-il pas d'y adjoindre un certain nombre de malades relevant du préventorium ? C'était, d'ailleurs, l'opinion que nous avait exposée le Docteur Courtois lors de notre visite au pavillon spécialisé de Chezal-Benoît. Pour notre part, cette conception nous paraît justifiée, à la seule condition de bien s'entendre sur la définition de « malade relevant du préventorium ». Nous y avons déjà fait allusion au chapitre consacré à l'organisation de la lutte antituberculeuse. Nous la rappelons ici : il s'agit de malades « présentant des formes frustes ou cicatricielles de tuberculose. En sont exclus systématiquement les sujets porteurs de lésions tuberculeuses évolutives, et ceux qui ne présentent aucun

(29) *Des principes à suivre dans la fondation et la construction des asiles d'aliénés*, p. 94.

symptôme de tuberculose »⁽³⁰⁾. (Principe sanctionné par la Commission permanente de la Tuberculose.) L'existence d'une cuti-réaction positive à la tuberculine doit être, en effet, une condition indispensable à l'admission au préventorium-sanatorium si l'on veut être à l'abri des surprises d'un contagé.

4. — Durée du séjour.

La durée du séjour à faire, pour un malade, au pavillon ne nous retiendra pas : il est de toute évidence qu'on a tout intérêt à prolonger le plus possible ce séjour. Sans doute, un sujet guéri n'est pas contagieux, mais il a tout à gagner et rien à perdre à rester au sanatorium, quitte au besoin à être employé à quelque travail, si son état le permet.

V

Le personnel infirmier nécessaire au fonctionnement du pavillon spécialisé.

1. — Nombre.

Là encore, il est malaisé de fixer le nombre d'infirmiers nécessaire au quartier spécial, en raison de l'insuffisance des données d'expérience. *A priori*, il semble que, y compris le chef de quartier surveillant (ayant en fait, localement, les attributions du surveillant en chef), il faudrait s'inspirer du pourcentage d'un infirmier *en service* pour 10 malades, chiffre demandé par les Inspecteurs généraux dans leur rapport de 1874 pour les quartiers spéciaux (épileptiques, malpropres, infirmeries).

Ce chiffre est rarement atteint dans ces pavillons, autrefois par suite des difficultés de recrutement, aujourd'hui pour des raisons financières que l'application progressive des dis-

(30) BROUARDEL et ARNAUD, *op. cit.*, p. 103.

positions de la loi du 23 avril 1919 (journée de huit heures) rend plus impérieuses encore.

Mais on peut noter qu'un pourcentage aussi élevé dépend uniquement du comportement psychique des malades : les grabataires très évolués, les éventuels « allongés » exceptés, — les tuberculeux ne nécessitent pas, en tant que tels, un nombreux personnel, l'exemple des sanatoriums en est la preuve.

Nous remarquerons, en effet, que beaucoup de tuberculeux sont des demi-valides, qui n'ont guère besoin d'être servis. Au sanatorium, chaque malade fait son lit⁽³¹⁾. Toutefois la question peut se poser, dans un service spécialisé où les indociles seraient en trop grande proportion, les grabataires nombreux, et où par conséquent la main-d'œuvre interne insuffisante, de faire appel à l'activité ménagère d'aliénés non tuberculeux. Il semble qu'il faille éviter cette pratique. On pourrait, d'une façon plus satisfaisante à notre sens, employer les possibilités de travail partiel de sujets guéris et de malades relevant ou ayant relevé du préventorium.

2. — Recrutement.

A ce propos se pose une importante question : Faut-il utiliser au pavillon-sanatorium des infirmiers, guéris ou améliorés, mais présentant ou ayant présenté une tuberculose-maladie ?

Question éminemment controversée.

Une réponse affirmative pourrait s'appuyer sur des arguments séduisants. Employer au pavillon-sanatorium des infirmiers tuberculeux c'est peut-être leur permettre de poursuivre

(31) A titre de document, nous pouvons citer les chiffres suivants concernant le pavillon de Chezal-Benoît : pour 85 lits et 75 malades présents, 1 surveillant et 14 infirmiers fournissent — par suite de la journée de huit heures, des congés et des imprévus — en fait 4 infirmiers en service effectif, de 6 à 22 heures, et 2 veilleurs, la nuit.

Cette situation entraîne, d'après le rapport déjà cité de M. Maurice QUENTIN, une dépense en personnel infirmier, par malade et par jour, de 7 francs, alors que dans le reste de l'établissement — asile agricole, rappelons-le — cette dépense est de 5 fr. 32^s.

régulièrement leur traitement en bénéficiant, tout en soignant et surveillant, d'une aération satisfaisante en participant aux cures des malades — car la cure de repos a sa place dans la vie des tuberculeux guéris.

Certains phthisiologues le soutiennent; des médecins d'asile l'ont pensé. BRIAND, qui fut, semble-t-il, le premier en France (1888) à grouper des aliénés tuberculeux dans un local bien aéré, agissait ainsi ⁽³²⁾.

Méthode dont, tout au moins, on ne doit user qu'avec prudence, dirons-nous : il ne faut pas oublier, en effet, que le service des aliénés nécessite souvent de la part des infirmiers le développement d'une activité musculaire fatigante, peu recommandable pour des sujets fragiles. Mais si nous ne prétendons nullement trancher le débat — l'expérience pouvant amener à appliquer simultanément l'une et l'autre formules — nous voulons souligner ici la nécessité absolue de n'employer à ce pavillon que des sujets présentant une *cuti-réaction positive* à la tuberculine, afin de restreindre au minimum les dangers d'une éventuelle contamination. Il serait aussi prudent de faire subir à ce personnel — quand cette précaution n'est pas prise pour l'ensemble, lors du recrutement — un *examen radiologique* par un phthisiologue compétent afin d'agir en toute connaissance de cause à l'égard du problème ci-dessus discuté, et d'avoir des éléments d'appréciation dans le cas d'une revendication si une infection tuberculeuse se manifestait au cours du service.

3. — Valeur technique; compétence particulière.

Du point de vue qualité du personnel, il va sans dire que celle-ci, comme dans toute infirmerie, doit être excellente. Il conviendra d'ailleurs, par quelques conférences sur la tuberculose et son traitement, d'attirer spécialement l'attention de l'infirmier diplômé sur son rôle dans ce quartier un peu particulier.

(32) Prophylaxie et traitement de la tuberculose dans les asiles d'aliénés, communication au Congrès de la Tuberculose, 1903, *Ann. méd.-psych.*, 1906, t. I, p. 32-38.

CHAPITRE VI

QUELQUES REMARQUES A PROPOS D'UN ESSAI EVENTUEL D'AMELIORATION DES SITUATIONS ACTUELLES CON- CERNANT L'ISOLEMENT DES TUBERCULEUX

Nous ne nous dissimulons pas tout ce que peuvent avoir de théorique les constructions adaptées dont nous avons essayé d'esquisser une conception. Il semble cependant que l'on ne doive pas désespérer de leur réalisation. L'encombrement sans cesse croissant de la plupart des établissements d'aliénés obligera sans doute à assez brève échéance les collectivités gérantes à s'engager dans la voie des agrandissements : occasion favorable au médecin pour convaincre les administrateurs de l'utilité du service spécialisé.

Nous savons aussi que le fonctionnement d'un service réalisant l'isolement et la thérapeutique se conçoit mal sans cette construction. Est-ce à dire que cette réalisation coûteuse soit absolument nécessaire pour faire mieux qu'actuellement, à l'égard des tuberculeux, dans la plupart des asiles ? Beaucoup de mesures rappelées dans notre précédent chapitre de fonctionnement sont — nous l'avons d'ailleurs écrit plus haut — applicables avec une simple salle spéciale et quelques annexes ; si celles-ci sont suffisantes, elles peuvent parfois suppléer à l'absence de locaux construits spécialement.

Salles spéciales et principales annexes pourraient, semble-t-il, être aménagées, sans crédits excessifs, dans un nombre important d'établissements, qu'elles fussent conçues avec isolement prophylactique, d'une part, et isolement prophylactique et thérapeutique de l'autre, ou suivant une formule

mixte avec séparation relative des curables et incurables. C'est à cette dernière conception que, pour des motifs prophylactiques et thérapeutiques maintes fois développés, va notre préférence.

Quoi qu'il en soit, l'isolement par rapport aux malades de l'infirmerie doit être effectif.

C'est pourquoi le fractionnement d'un quartier — si le quartier entier se montre trop vaste — nous paraît, personnellement, recommandable pour réaliser, en vue de l'hospitalisation des aliénés tuberculeux, des locaux :

— situés au rez-de-chaussée (alors qu'il y a tant d'avantages à mettre l'infirmerie au premier);

— possédant une cour-jardin particulière (promenade) dans laquelle, soit devant le bâtiment, soit à distance, on pourrait construire une sorte de galerie de cure, parfois très économiquement;

— comportant des chambres d'isolement, un local pour les installations sanitaires.

Il conviendrait qu'à cette salle et à ses annexes, le fractionnement permette d'adjoindre au moins une petite pièce (cabinet médical, salle de pansement), un local pouvant servir de réfectoire, un autre d'office-laverie; que l'ensemble ait une entrée distincte du reste du quartier.

Telles sont, à notre sens, les caractéristiques les plus importantes.

S'il subsiste quelques servitudes communes, ce qui est le cas le plus fréquent, on prendra soin de ne placer, dans la partie non affectée aux tuberculeux, que des malades dociles à cuti-réaction positive.

Certes, ces conditions sont loin d'être idéales, mais elles seraient déjà un appréciable progrès sur bien des situations actuelles.

Certes aussi, leur réalisation contrarierait des habitudes, bouleverserait quelques routines qui — pour respectables et justifiées qu'elles soient — ne sont pas au-dessus des ressources d'une collaboration médico-administrative confiante, éclairée et tenace.

CHAPITRE VII

DESCRIPTION SOMMAIRE DE QUELQUES REALISATIONS ASILAIRES

I

Considérations d'ensemble.

Pour illustrer nos chapitres précédents sur l'aménagement et le fonctionnement d'un pavillon spécialisé type, il convient de décrire les réalisations qui répondent à ces conceptions.

Elles sont rares, et encore insuffisamment au point : et c'est une des raisons pour lesquelles nous avons osé les pages qui précèdent. Nous ne nous occuperons que des asiles français. Pour ceux-ci, seuls sont pourvus, à notre connaissance, de pavillons spécialisés, ceux de Chezal-Benoît, de Maison-Blanche et de Maréville. Peut-être en existe-t-il quelques autres, mais les publications que nous avons eues entre les mains, les questions que nous avons adressées de-ci de-là ne nous ont pas permis de les connaître.

Sans doute, il y a de bonnes annexes d'infirmières qui répondent aux nécessités : nous ne les étudierons pas, car elles ne sont, à notre sens, que des pis aller.

On pourra s'étonner que, plus de trente ans après les prescriptions relatives à l'isolement des tuberculeux, la situation soit encore telle. A vrai dire, il nous semble que les considérations financières ne justifient pas à elles seules cette situation.

Il nous paraît que la nécessité de cet isolement a été trop longtemps basée sur des conceptions prophylactiques excessives : le tuberculeux est contagieux — le fait peut difficilement être contesté — mais le danger, somme toute restreint, n'est pas suffisant pour maintenir actives les énergies. Aussi

peu de perfectionnements ont-ils été apportés à la situation. Là où une salle avait été affectée aux tuberculeux..., elle l'est restée théoriquement. Ailleurs où les difficultés diverses avaient paru insurmontables et où l'on n'avait rien fait — la question de la tuberculose étant passée de mode dans les asiles — on a pensé que tout était bien comme cela. Par certains côtés, c'était légitime : si l'on veut conserver à cette question toute l'importance qu'elle a, il faut toujours l'envisager simultanément sous ses deux aspects : *prophylactique* et *thérapeutique*.

II

Exemples.

1. — Les réalisations anciennes : Briand à Villejuif.

Parmi les *réalisations anciennes* qui paraissent avoir effectivement tenu compte de ces deux facteurs, on doit, au premier chef, citer celle de Marcel BRIAND, à Villejuif, dès 1888. Il a pratiqué d'une façon systématique l'isolement et le traitement des aliénées tuberculeuses. Il les fit séjourner en tout temps, et quelles que fussent les rigueurs de la température (y palliant par de nombreuses couvertures), dans un abri rectangulaire avec galerie couverte, complètement ouvert à l'est et muni d'un auvent permettant l'ouverture au midi. Les malades faisaient là leur cure d'air et de repos et recevaient les médicaments jugés nécessaires. La désinfection était assez poussée (crachoirs antiseptiques, lavage des parquets au formol...).

En excluant de sa tentative les aliénées trop agitées, dangereuses ou porteuses de lésions bacillaires très évoluées (qu'il maintint dans des chambres d'isolement), BRIAND obtint, en dix-sept ans de pratique, et sans rencontrer de grandes difficultés, des résultats encourageants⁽¹⁾.

Cette formation fonctionne encore. Sa longévité n'est-elle pas preuve de son utilité ? On remarquera combien elle fut peu onéreuse à réaliser.

Parmi les réalisations anciennes, on pourrait encore citer, à titre historique, car elle a disparu lors de la destruction de l'Asile d'Armentières, celle décrite en 1903 au Congrès de Bruxelles par les Docteurs E. CHARDON et G. RAVIART⁽²⁾ simple affectation d'un pavillon de classement bien situé et bien orienté à des aliénés tuberculeux. Comme le disaient les auteurs, c'était imparfait, ... mais supérieur à bien des situations actuelles.

2. — Exemples de réalisations récentes⁽³⁾.

Plus longtemps doivent nous retenir les réalisations de l'Assistance départementale de la Seine aux Asiles de Chezal-Benoît (Cher) et de Maison-Blanche, d'une part, celle de l'Asile de Maréville-Nancy, d'autre part.

Qu'il nous soit tout d'abord permis de témoigner notre respectueuse reconnaissance à M. MICHAUT, chef du service de l'Assistance départementale à la Préfecture de la Seine, qui nous a si aimablement fourni notre documentation.

(1) Dans la période 1902-1905, 17 aliénées tuberculeuses ou suspectes traitées dans ces conditions donnèrent les résultats suivants : 6 améliorations nettes, 2 états stationnaires, 5 résultats incertains et 4 décès. Cf. Prophylaxie et traitement de la tuberculose dans les asiles d'aliénés, communication au Congrès de la Tuberculose, 1905, *Ann. méd.-psych.*, 1906, t. I, p. 32-38.

(2) Installation d'un pavillon d'isolement des aliénés tuberculeux à l'asile d'Armentières, *Arch. int. de neurol.*, 1903, t. II, p. 403-409.

(3) Bien que notre documentation insuffisante ne nous permette pas d'envisager la question dans les asiles étrangers, nous pouvons indiquer ici qu'on trouverait dans la thèse de ROLET (Paris, 1907) un plan et une vue du sanatorium construit à l'Asile de Gartloch à Edimbourg : réalisation non adaptée aux techniques modernes, certes, mais qui a son intérêt.

En Allemagne, malgré des essais anciens en Saxe, malgré une circulaire ministérielle de 1930, relative au groupement des aliénés tuberculeux, il semble, d'après un article de DOST (Lungentuberkulose in der Irrenanstalt, *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und Psychisch-Gerichtliche Medizin*..., Berlin, 7 avril 1932, p. 61-73) que les réalisations soient loin d'être parfaites. La description que cet auteur donne d'un bâtiment isolé destiné aux tuberculeux à l'Asile de Hubertusburg permet, du moins, de le penser.

a) *Pour ce qui concerne les hommes : Chezal-Benoît.*

1° HISTORIQUE. — Dès 1926, cette question est entrée dans sa phase active. L'établissement le plus apte à recevoir les aliénés tuberculeux parut être l'Asile agricole de Chezal-Benoît, « situé dans la campagne bourbonnaise, qui dispose d'un vaste terrain, et dont le prix de journée est toujours sensiblement inférieur [à celui] ... des asiles de la Seine » (4). Après enquête, on crut devoir adopter un bâtiment pour 60 malades, mais avec possibilité d'extension ultérieure pour 30 autres.

Un avant-propos fut étudié, soumis à la Commission de surveillance des asiles de la Seine qui l'approuva (13 mai 1928); puis, communiqué au ministre de l'Hygiène (8 juin 1928). Dans sa réponse du 13 juin, l'autorité supérieure écrivait :

« Je ne puis que féliciter très vivement votre administration de son heureuse initiative... Je donne donc mon approbation pleine et entière au projet que vous m'avez soumis et je vous prie, en ce qui concerne les plans du futur pavillon, de bien vouloir vous mettre d'accord, non seulement avec le service d'architecture de votre département, mais encore avec les services médicaux. »

C'est dans ces conditions que le Conseil général de la Seine, par délibération du 11 juillet 1928, accordait l'ouverture des crédits nécessaires.

Mais l'avant-projet, avant d'être réalisé, devait subir d'importantes et réitérées modifications, fruits de la collaboration de nombreux éléments, parmi lesquels on peut citer une note officieuse de l'O. P. H. S. peu utilisable car elle envisageait la question trop exclusivement sous l'angle sanatorial, des observations des services techniques du cabinet du préfet reprenant les remarques les plus judicieuses de l'O.P.H.S., celles du Docteur LEYRITZ (décembre 1928), alors médecin-directeur de l'Asile de Chezal-Benoît, puis de son successeur, le Docteur BRIAU (nov.-déc. 1929), auxquelles on doit adjoin-

(4) *Mémoire au Conseil général de la Seine*, 9 juill. 1928.

dre la note médicale préliminaire des médecins de Maison-Blanche relative à un éventuel pavillon analogue dans cet asile (note qui eut également son influence sur le plan définitif de Chezal-Benoît) — collaboration efficace dans l'ensemble, améliorant progressivement le projet; mais on peut toutefois regretter que certains aient parfois insuffisamment connu les nécessités sanatoriales. C'est ainsi notamment que, parce que quelques-uns firent des objections à la construction d'une galerie devant les chambres, parce que d'autres ignorèrent tout de son conditionnement, on voit progressivement dans les études successives celle-ci s'amenuiser, se réduire..., pour disparaître totalement dans la réalisation définitive.

Par contre, on voit apparaître un cloisonnement judicieux, des possibilités de surveillance (par suite de nombreuses baies vitrées)...; mais on peut noter aussi, lors de l'établissement des plans, un souci insuffisant des installations permettant une thérapeutique active (radio, collapsothérapie) et la désinfection nécessaire.

Quoi qu'il en soit, après diverses modifications, on aboutit à l'avant-projet définitif, approuvé par le comité consultatif d'architecture, puis au plan définitif (1931), sanctionné par la délibération du 14 juillet 1931 qui en a accepté les conséquences financières assez onéreuses.

Les travaux commencèrent en 1932, et l'ensemble fut ouvert en 1933.

2° DESCRIPTION. — M. MIDY, architecte divisionnaire du département de la Seine, décrit ainsi sa réalisation :

« L'ensemble comprend trois pavillons reliés par deux galeries couvertes et fermées et se décompose de la façon suivante :

- au centre, le pavillon des services généraux;
- à gauche, le pavillon des malades groupés;
- à droite, le pavillon des malades isolés.

« *Pavillon des services généraux.*

» Il comprend : un étage de sous-sol, un rez-de-chaussée et un étage de comble.

» Le sous-sol comporte : la chaufferie et les soutes à charbon, desservant les trois quartiers, des caves et des réserves.

» Au rez-de-chaussée se trouvent : le vestibule d'entrée avec parloir et bureau du surveillant-chef; le cabinet du médecin-chef avec laboratoire et salle de pansement; un grand réfectoire général avec office-laverie; une lingerie et le vestiaire des infirmiers avec lavabos, douches et W.-C.

» L'étage de comble est réservé au logement du surveillant-chef et à des pièces de service.

» *Pavillon des malades groupés.*

» Il comprend, en sous-sol, une galerie longitudinale renfermant toutes les canalisations et un étage principal au rez-de-chaussée.

» A cet étage sont groupés : une grande salle de réunion avec lavabos et W.-C. attenant; un grand couloir de circulation desservant sept dortoirs de quatre, six, huit et dix lits; une salle de bains-douches, des lavabos et un groupe de W.-C.; une resserre à linge sale, etc.

» *Pavillon des malades isolés.*

» Il est d'une disposition générale analogue mais avec quatorze chambres d'isolement, desservies par un couloir et comportant latéralement une salle de bains, des lavabos et un groupe de W.-C. En extrémité de ce pavillon et isolé de l'ensemble du quartier, un service distinct est réservé pour malades agités; il se compose de six chambres cellulaires avec lavabos et W.-C. placés dans le couloir de service. » (5).

La façade, sur cour-jardin, est orientée au sud-est.

3° RÉFLEXIONS D'ENSEMBLE. — Cette réalisation fonctionne régulièrement. Au point de vue psychiatrique, elle a permis d'accueillir les malades aux réactions les plus diverses, nous a déclaré le Docteur COURTOIS. Les résultats en ont été encourageants, bien qu'on ait pu noter l'insuffisance de l'agencement sanatorial — souligner notamment l'absence de galeries de cure, l'insuffisante aération par suite de l'emploi de fenêtres ordinaires avec crémone à clé, qui oblige pour la sécurité à n'ouvrir la nuit que le vasistas supérieur — l'ab-

(5) *Le bâtiment illustré*, 44, rue Saint-Georges, Paris, numéro de mars 1934.

sence actuelle (provisoire, nous le savons) d'une installation radiologique.

Ces insuffisances retentissent gravement sur le fonctionnement. Ne sont-elles pas partiellement responsables de l'absence de toute discipline sanatoriale ?

Aussi cette construction, dans son état actuel, ne peut-elle être considérée, malgré sa valeur et le progrès qu'elle réalise, comme le pavillon sanatorium type. Son fonctionnement se ressent en outre de l'absence d'une collaboration phtisio-logique efficace : la modestie des crédits pour frais de consultations mis à la disposition de l'établissement ne permettant d'utiliser les conseils du médecin du Dispensaire ambulancier du Cher que d'une façon trop épisodique.

Nous formons ici le vœu de voir cette situation se modifier. Il serait vraiment regrettable que le Conseil général, après s'être engagé résolument dans la voie de l'amélioration de la situation des aliénés tuberculeux hommes, ayant consacré pour les constructions des crédits élevés, autorisant pour le fonctionnement de ce service une élévation notable du prix de revient — un aliéné tuberculeux coûte à Chezal-Benoît 5 fr. 79 de plus, par jour, qu'un aliéné au régime commun (6) — refusât à l'administration les quelques milliers de francs nécessaires. Sans doute, la réalisation a été conçue dans le sens prophylactique : « il ne s'agit pas d'un sanatorium, mais d'un pavillon d'isolement », écrivait le préfet de la Seine au ministre (8 juin 1928); mais il s'agit aussi de permettre à cette catégorie de malades de « recevoir plus facilement et de manière plus rationnelle les soins réclamés par leur état ».

Ces réserves faites, on peut dire que le pavillon pour aliénés tuberculeux donne, dans l'ensemble, satisfaction. Il constitue une réalisation digne d'être connue, et méditée; aussi en publions-nous le plan.

(6) Rapport Maurice QUENTIN.

b) *Pour ce qui concerne les femmes : Maison-Blanche.*

1° HISTORIQUE. — Les études furent entreprises dès que le principe du Pavillon d'isolement de Chezal-Benoît fut acquis. On fit, cette fois, choix de l'Asile de Maison-Blanche dont la superficie du terrain était suffisamment vaste. Ce choix, à première vue moins séduisant — sans doute pour ce qui a trait aux conditions climatiques — présentait l'immense avantage de réaliser une construction à proximité des asiles appelés à le peupler. On peut toutefois regretter que le sous-sol soit « constitué par des couches irrégulières de glaise et de gravier, détrempe chaque hiver par les infiltrations des crues de la Marne ».

Cette création fut approuvée par le Conseil général en 1929.

2° CONSIDÉRATIONS D'ENSEMBLE. — Au point de vue architectural, on adopta le type du projet du Pavillon Chezal-Benoît, qui subit avant sa réalisation les mêmes modifications que la construction-mère. On peut considérer que le plan d'ensemble est le même; on obtiendrait un plan analogue à celui de Chezal-Benoît en faisant tourner de 90 degrés les deux ailes du Pavillon de Maison-Blanche.

L'existence d'un sous-sol plus élevé, liée aux nécessités du sol, a permis de disposer plus facilement les installations de chauffage, des bacs de trempage du linge, de faciliter le transport de celui-ci, en diminuant l'intervention du personnel dans cette opération : le linge est directement projeté du rez-de-chaussée, dans des chariots sur rails.

Des locaux ont été prévus pour la radiologie. Un grand préau — orienté à l'ouest — pourrait peut-être suppléer partiellement à l'absence de galeries de cure.

On peut cependant dire que ce service, prévu surtout comme isolement, ne l'oublions pas, aurait pu cependant s'inspirer davantage des nécessités sanatoriales, étant dans l'ensemble passible des mêmes remarques que le Pavillon de Chezal-Benoît. Il est vrai qu'en principe cette réalisation ne représente que la première étape d'un projet ultérieur plus

orienté vers la thérapeutique, par la construction, voisine, d'un pavillon-sanatorium.

Ce pavillon fut achevé et mis en service en avril 1935 (Service du D^r GOURIOU). Son fonctionnement est encore très récent. On peut toutefois noter que, grâce à sa situation, il a pu bénéficier d'un interne au courant de la phtisiologie, de la collaboration du radiologiste des asiles de la Seine et d'un phtisiologue délégué de l'O. P. H. S.

3° DESCRIPTION. — Voici, par ses auteurs, MM. MIDY et RUBIN, la description de ce pavillon :

« D'une façon générale, il comprend un étage de rez-de-chaussée surélevé, avec, en sous-sol, des galeries pour le passage de la surveillance, des canalisations de toute nature, des resserres et la chaufferie.

» Il est composé de deux ailes distinctes, parallèles, reliées par des galeries aux Services généraux du quartier. Entre ces deux ailes, un vaste préau couvert donne sur un jardin intérieur.

» Les services généraux comprennent : un large vestibule, le parloir pour les familles, le cabinet du médecin-chef, avec laboratoire particulier et une salle pour la radio; une lingerie de quartier, le bureau de la surveillante-chef, un vestibule pour les surveillantes avec douches, W.-C. et lavabos.

» Des galeries perpendiculaires donnent accès aux deux ailes. Dans l'une d'elles sont aménagés les dortoirs de quatre, six et dix malades, groupées suivant les indications du médecin. Ces dortoirs, largement ouverts au midi, sont desservis par une large circulation éclairée sur la cour-jardin. Cette aile comprend en outre : un hall central, une salle de réunion et un réfectoire pour les malades avec office-laverie, des groupes de W.-C., une salle de bains-douches, des lavabos avec stalles pour bidets.

» L'autre aile, symétrique, est réservée aux femmes malades devant être isolées. Elle comprend quatorze chambres d'isolement, éclairées au midi, desservies par un couloir latéral, un hall, une salle de réunion, un réfectoire avec office, une salle de bains-douches, des lavabos avec stalles pour bidets et des groupes de W.-C.

» A l'extrémité de cette aile et nettement séparé, il a été aménagé un quartier cellulaire pour malades agitées; cette section comprend autour d'un hall central six chambres d'isolement avec

portes et fenêtres munies de glaces incassables; des lavabos, bidets et W.-C.

» Au centre, entre les deux ailes parallèles, une vaste cour-jardin avec bouquets d'arbres, pelouses et jardins creux, sert à la promenade des malades; au fond, un vaste préau couvert leur permet de se mettre à l'abri. » (7).

On trouverait des vues photographiques et une description complémentaire concernant ce pavillon ainsi que celui de Chezal-Benoît, dans *Le bâtiment illustré* de mars 1934.

D'ailleurs les plans que nous publions de l'un et de l'autre sont empruntés à cette revue. Nous prions ici ses dirigeants, qui nous ont si aimablement communiqué leurs clichés, de bien vouloir accepter tous nos remerciements.

c) *Le Sanatorium Archambault.*

Pour ce qui concerne le Sanatorium Archambault, construit tout récemment à l'Asile de *Maréville* (architecte, M. CHARBONNIER), le Docteur Elisabeth CULLERRE, qui en assure la direction, a bien voulu nous communiquer les renseignements suivants (qu'elle nous permette de lui témoigner ici toute notre gratitude) :

« Le Pavillon Archambault a été ouvert le 26 janvier 1935. C'est un bâtiment en rez-de-chaussée surélevé dont toutes les pièces destinées au séjour des malades sont exposées au midi, au moins par une de leurs parois.

» La construction est divisée en *deux moitiés symétriques*, séparées par un vaste hall d'entrée qui les isole; *l'une des moitiés étant réservée aux femmes, l'autre aux hommes.*

» Chaque division comprend, à l'extrémité du bâtiment, un dortoir de 9 lits avec W.-C. et lavabo, réservé aux malades dont la tuberculose est déjà avancée et pouvant être considérés comme contagieux.

» Faisant suite à ce dortoir, en allant vers l'axe, c'est-à-dire l'entrée principale de la construction, une galerie vitrée permet à certains malades de séjourner sur une chaise-longue. Sur cette

(7) *Le bâtiment illustré*, mars 1934.

galerie s'ouvrent 4 chambres. Deux de ces chambres avec W.-C. et lavabo formant en arrière cabinet de toilette, sont destinées à des malades choisis, soit en raison de leur état physique grave, soit en raison de particularités dues à leur état mental.

» Les deux autres chambres sont réservées au personnel.

» Une porte, qui doit être constamment fermée, isole cette partie du reste du service qui est consacré aux malades peu atteints et dans les crachats desquels on n'a pas trouvé de B. K. Ces malades disposent d'un dortoir de 8 lits et d'une salle de jour donnant sur une galerie de cure.

» Près de l'entrée, il existe une cuisine-office.

» En arrière, parallèlement au grand axe de la construction, un couloir dessert toutes les pièces avec, toujours, la séparation entre les malades contagieux et les autres. Sur ce couloir s'ouvrent les W.-C. pour les malades levés, ceux du personnel et des salles de bains-lavabos.

» Dans les sous-sols, qui sont vastes, est installée une chambre de désinfection où le linge est traité avant d'être envoyé à la buanderie centrale. Il est soumis à des vapeurs de formol; un système de ventilation avec ventilateur électrique et tuyau d'échappement permet au personnel les manipulations sans être incommodé par le formol.

» Bien entendu, il existe un cabinet médical, isolé des salles de traitement, où se trouvent les observations et une armoire à médicaments.

» La question des fenêtres a été tranchée ici en plaçant partout, sauf dans les galeries vitrées, des fenêtres de sécurité dont le modèle est dû à mon collègue, M. AUBRY. On peut trouver leur ouverture insuffisante, mais il faut considérer l'importante surface vitrée des dortoirs des deux extrémités.

» Au point de vue du peuplement du service, nous avons cherché (mes quatre collègues et moi) à réaliser un double but : d'abord, séparer les malades contagieux de leurs compagnons, ensuite assurer à des malades au début des conditions d'hygiène et de traitement favorables.

» Le dépistage est facilité par le fonctionnement très actif d'un laboratoire que dirige le Docteur HAMEL et qui, grâce à un matériel moderne et à des compétences éprouvées, permet de réaliser un grand nombre de recherches bactériologiques et biologiques.

» En outre, un service de radiologie permet l'examen de tous les entrants (sauf de rares exceptions dues à l'agitation des malades) et la surveillance des tuberculeux avérés.

» L'agencement intérieur du sanatorium donne satisfaction; je dois me louer, à ce point de vue, des services de Direction et d'Economat, qui ont bien voulu se prêter à mes desiderata. En particulier, je n'ai eu aucune peine à obtenir un régime alimentaire spécial.

» Voici pour les avantages du service. Il faut bien avouer, *sans aucun esprit de critique*, qu'il présente aussi quelques inconvénients. On pourrait, par exemple, noter que les chambres d'isolement donnant sur la galerie vitrée n'ont qu'une aération indirecte, donc défectueuse.

» Tout est bien, du point de vue des malades peu atteints. En ce qui concerne les malades contagieux, l'installation n'est peut-être pas assez « asilaire », et de ce fait se montre insuffisante. Je veux dire par là qu'il manque des salles avec tous les moyens de protection habituels, permettant d'accueillir même les malades difficiles et bruyants que je ne peux recevoir dans l'installation actuelle. En second lieu, je signale — et j'y insiste — les inconvénients bien connus des services mixtes, surtout en ce qui concerne le maniement du personnel !

» Je regrette également de ne pas pouvoir loger mes infirmiers et infirmières dans des chambres plus isolées du lieu de traitement des malades contagieux. Je tâcherai, dans l'avenir, d'y remédier.

» D'autre part, il serait imprudent, je crois, d'externer tout le monde en ne laissant qu'un veilleur et qu'une veilleuse, et cela malgré les rondes de la veilleuse et du veilleur-chefs.

» Le pavillon comprend : 1 surveillante externée pour l'ensemble du service; 3 infirmières, dont 2 logées, aux femmes; 3 infirmiers, dont 1 logé, aux hommes.

» C'est beaucoup de monde pour un maximum de 38 malades. Il faut tenir compte de la séparation des contagieux et des non-contagieux, des jours de congé hebdomadaires et absences de causes diverses. »

Le Pavillon Archambault, comme les formations de Chezal-Benoît et de Maison-Blanche, a ses avantages et ses défauts, différents d'ailleurs suivant les points de vue. Pour notre part, nous dirons simplement : La réalisation de Maréville est une tentative intéressante, utile à connaître. Aussi, le Docteur E. CULLERRE nous en ayant communiqué le plan, croyons-nous bon de le reproduire (reproduction qui ne com-

porte que la partie affectée aux femmes, celle des hommes étant, on l'a vu, identique et symétrique).

A côté de ces constructions récentes, convient-il d'évoquer d'autres réalisations qui peuvent exister dans divers asiles, tel, par exemple, à Saint-Yon, le fractionnement d'un pavillon par affectation d'un rez-de-chaussée et d'une cour, aux tuberculeux, réalisant ainsi un local assez médiocre, mais qui, dans l'ensemble, donne satisfaction ? Nous ne le pensons pas. Leur description ne nous apprendrait rien, si ce n'est — et nous l'avons maintes fois dit au cours de notre texte — qu'on peut souvent faire quelque chose de passable dans des locaux médiocres.

QUATRIÈME PARTIE

CHAPITRE UNIQUE

LE PERSONNEL DES ASILES D'ALIENES ET LA TUBERCULOSE

I

Nous n'envisagerons ici que les problèmes concernant le personnel infirmier, éliminant les cadres supérieurs dont les risques professionnels sont d'ailleurs minimes et dont les conditions d'existence purement individuelles ne relèvent d'aucun facteur social ou corporatif.

1. — Risques professionnels encourus.

Ils sont très diversement appréciés suivant les auteurs et surtout suivant les époques. Par ailleurs, les chiffres fournis concernent le personnel infirmier des établissements hospitaliers, il n'existe aucune publication valable pour les asiles d'aliénés. Au demeurant, aurait-on une statistique précise de la mortalité et de la morbidité tuberculeuses, la question de sa nature professionnelle resterait entière; tout au plus une enquête médicale préalable effectuée lors du début des fonctions hospitalières — enquête portant sur les antécé-

dents personnels et héréditaires du sujet, entourée de tous les examens spéciaux nécessaires permettrait-elle d'avoir de fortes présomptions en vue de cette détermination. Quant au rôle réciproque des réinfections endogènes et exogènes, il paraît encore plus difficile à déterminer.

Quoi qu'il en soit, sans discuter la valeur des chiffres, fournis au début du siècle, qui attribuaient à la tuberculose un « ravage effrayant » parmi la population infirmière, on peut, semble-t-il, reproduire avec confiance les conclusions de la thèse de BELLIERE faite dans le service de RIST, au Dispensaire-Annexe spécialement chargé du dépistage, du contrôle et du traitement de la tuberculose parmi le personnel infirmier et ouvrier des hôpitaux de Paris — conclusions reprises, l'année suivante, dans la thèse de Marie SIMON :

« Les recherches que nous avons faites, écrit BELLIERE, sur la fréquence de la tuberculose parmi le personnel des hôpitaux nous conduisent à conclure que la conception de fréquence considérable de la tuberculose n'est plus de mise actuellement.

» La morbidité moyenne pour le personnel hospitalier et ouvrier des hôpitaux de Paris, de 1923 à 1931, n'atteint que 0,68 p. 100, en excès de 16 p. 100 sur le reste de la population.

» Le pourcentage des agents devenus tuberculeux reste sensiblement plus élevé dans les services réservés aux phtisiques (0,88 p. 100) que dans les autres services (0,48 p. 100). Les agents les plus souvent frappés sont ceux qui manipulent des expectorations et ceux affectés aux salles de tuberculeux enclavées dans les services de médecine générale; *le personnel des grands centres de phtisiologie bien organisés n'étant pas plus touché que celui des autres services.*

» Si nous acceptons que l'excès de morbidité tuberculeuse du personnel sanitaire sur la population provient des réinfections (1), nous arrivons aux chiffres suivants de cas dus à la contagion :

Ensemble du personnel	22 p. 100
Personnel soignant les tuberculeux	28 p. 100
Reste du personnel	15 p. 100

(1) Conception nullement démontrée, et sans doute trop favorable à la thèse contagionniste, nous permettrons-nous de faire remarquer.

» La réinfection endogène reste donc une cause importante de tuberculose évolutive parmi les agents de l'Assistance publique, mais les surinfections exogènes y sont plus fréquentes que parmi la population. » (2).

Chiffres dans lesquels — nous le répétons — on peut avoir confiance. Tout le personnel, pour obtenir un congé pour tuberculose, doit se soumettre à l'examen de ce dispensaire dont les critères de diagnostic appliquant les règles de RIST sont particulièrement stricts, puisqu' « après neuf ans de vérification, le pourcentage d'erreur dans le diagnostic de tuberculose pulmonaire est certainement inférieur à 0,56 p. 100 » (3).

2. — Quelle est la situation dans les asiles ?

Comme l'écrit BRIAU dans les pages où il livre ses réflexions sur la question :

« Dans les asiles d'aliénés, il serait tout à fait vain de croire, du moins à l'heure actuelle, à la possibilité d'établir une étude aussi précise que celle effectuée dans les hôpitaux de Paris et au Dispensaire Léon Bourgeois. *A priori*, on peut penser que l'infection et la réinfection du personnel des services médicaux sont facilitées par le contact avec des malades malpropres, inconscients, indociles et souvent tuberculeux méconnus, par la durée de ce contact (service de 12 et 24 heures), par les conditions peu hygiéniques de l'habitat (locaux de travail mal aérés et mal éclairés, réfectoire non distinct de celui des malades, chambre incluse dans les dortoirs, trop petite et, pour comble, partagée par deux agents). » (4).

C'est tout ce que l'on peut dire, et force nous est d'admettre, au moins provisoirement jusqu'à preuve absolue du contraire, des chiffres peut-être un peu plus élevés, mais de l'ordre de grandeur de ceux des hôpitaux de Paris.

(2) BELLIÈRE, thèse, p. 70-71.

(3) Id., *ibid.*, p. 69.

(4) *Arch. int. de neurol.*, déc. 1933, p. 535-536.

II

Protection du personnel.

Si les chiffres sont faibles, ils n'en sont pas moins supérieurs à ceux de la population générale, et l'on peut espérer les abaisser par des mesures appliquant les principes habituels de lutte antituberculeuse : conditions hygiéniques d'existence; protection contre la possibilité de contagion; diagnostic précoce; traitement efficace.

En ces différentes matières, les possibilités des médecins et des administrateurs sont essentiellement variables selon les circonstances. On doit notamment distinguer, à ce point de vue, le personnel laïc et le personnel religieux.

A. — PERSONNEL LAÏC

1. — Mesures de prophylaxie.

Nous n'envisageons actuellement que celui-ci; nous nous bornerons à quelques remarques, car il faudrait — pour étudier sérieusement le sujet — reprendre toute la question du personnel et de son Statut⁽³⁾. L'intérêt de la réduction des heures de travail des infirmiers, acheminement vers la réalisation de la journée de huit heures, ne fait pas de doute du point de vue de l'état sanitaire. L'élévation des salaires, dans certains cas particuliers restés trop bas, à un niveau raisonnable qui permette (en principe) de meilleures conditions de vie, semble aussi devoir influencer favorablement sur la morbidité tuberculeuse.

Mais ce ne sont là que deux aspects de la question. La collectivité employeuse, pour répondre pleinement à son

(3) Cf. Georges DAUMEZON, *Considérations statistiques sur la situation du personnel infirmier des asiles d'aliénés*, thèse Paris, 1935.

devoir de solidarité sociale, doit non seulement veiller aux conditions d'hygiène du travail, à la rémunération convenable de son personnel, mais l'aider, en outre, son travail achevé : Ne serait-ce pas une excellente prophylaxie anti-tuberculeuse — la circulaire du 20 mars 1920 (Hygiène, 1^{er} Bureau) l'affirme — que de fournir à l'infirmier logé un local salubre, aéré, individuel, indépendant des malades, qui puisse constituer pour lui (« même s'il est célibataire ») un foyer où il demeurerait sans ennui, sans attirance violente vers le cabaret voisin indiscutablement insalubre ?

Tous ces points, et bien d'autres du même ordre, ont fait l'objet de remarques de l'Inspection générale (cf. entre autres, *R. I. G.* 1914, Dr FAIVRE), de rapports et de conclusions au Conseil supérieur de l'Assistance publique.

On peut se demander si on ne pourrait pas aller plus loin, accorder au personnel extériorisé des possibilités en vue de la location et de la culture d'un jardinet, et même des facilités de logement dans des conditions satisfaisantes, soit dans le cadre de la loi des habitations à bon marché (3 déc. 1922), soit sous toute autre forme.

Nous reconnaissons que ce sont là des vues lointaines.

L'amélioration des conditions de travail paraît de réalisation plus facile. Elle relève des règlements (règlement de service intérieur et règlement particulier, prévu à l'article 138 du règlement-modèle), et aussi d'installations intérieures; elle dépend enfin des intéressés eux-mêmes, qui, souvent, ne respectent pas les conseils donnés, n'en comprenant pas l'intérêt. C'est à la patiente ténacité des médecins d'essayer de les convaincre.

Dans cet ordre d'idées, on peut citer l'importance de l'alimentation du personnel, l'intérêt d'un local convenable pour la prise des repas, la nécessité d'installations sanitaires permettant le lavage des mains et des dents du personnel, le bienfait d'une bonne hygiène des vêtements de travail (tenue de ménage, blouse de service médical, tenue de ville pour les

repas), l'utilité du respect des prescriptions visant le balayage et l'entretien des locaux, etc. Toutes mesures rappelées dans la circulaire susvisée du 20 mars 1920.

En ce qui concerne plus spécialement la prophylaxie particulière du bacille de Koch, il faut compter beaucoup sur l'éducation du personnel le plus exposé; dans ce but, BELLIERE préconise « pour chaque agent appelé à soigner les tuberculeux une *instruction spéciale*, qui, outre les préceptes généraux d'hygiène, lui apprenne les points particuliers à la prophylaxie de la tuberculose » (6). Il y aura lieu, également, d'éduquer particulièrement le personnel chargé de la désinfection des expectorations et de la manipulation du linge.

Est-il besoin de répéter que la réalisation d'un pavillon spécialisé, si utile aux malades, s'avérerait en même temps une excellente mesure de prophylaxie à l'égard des infirmiers ? Non point parce qu'elle contribuerait à localiser les éventuelles occasions de contamination, mais parce qu'au contraire, dans un service bien organisé (cf. BELLIERE, *supra*), les ravages de la tuberculose ne sont pas plus considérables que dans les services généraux.

2. — L'examen préalable à l'entrée en fonction.

Au demeurant, ces mesures n'abaisseront que faiblement la morbidité tuberculeuse. Plus efficace semble devoir être un *choix rigoureux à l'admission*. Comme l'a écrit BRIAU, beaucoup d'établissements qui accusent une forte morbidité tuberculeuse « cultivent » la tuberculose en ce sens qu'ils emploient des tuberculeux parmi leur personnel. Nous pensons; avec beaucoup d'auteurs, que c'est une erreur :

« Le service des aliénés est dangereux pour la santé. Si nous voulons avoir un personnel résistant à la contagion, il nous faut sélectionner et n'admettre que des sujets indemnes de tare organi-

(6) Thèse, p. 63,

que importante. Notre responsabilité morale sera grande si nous laissons pénétrer dans nos services des organismes débilités, déjà souffrants... » (7).

Sans doute les conditions de recrutement — encore que la situation ait dû s'améliorer avec les circonstances économiques actuelles — ne permettent pas toujours d'effectuer cette sélection rigoureuse, mais elle doit être considérée en principe comme absolument nécessaire du point de vue de la lutte antituberculeuse.

L'examen devra comporter une *épreuve radioscopique* : celle-ci pourra être réalisée, en vertu des conventions, par le consultant spécialisé dont nous avons envisagé la création. Cet examen préalable peut encore, tant qu'il n'existera pas de phthisiologue consultant, être pratiqué au Dispensaire d'hygiène sociale après entente entre l'asile et l'organisation compétente. C'est suivant cette formule que fonctionne, pour la Maison de Santé départementale de la Seine-Inférieure, l'examen des futurs infirmiers.

Par ailleurs, en raison des grandes variations dans la diffusion de l'infection tuberculeuse, cet examen devra être complété par une *cuti-réaction à la tuberculine*. Les sujets à réaction négative devront faire l'objet d'une affectation particulière, en vue de ne les soumettre qu'à des contacts *occul-*
tes infimes susceptibles de produire une primo-infection discrète; ils devront également être particulièrement surveillés afin de prendre les dispositions nécessaires si celle-ci sortait du domaine de la biologie pour entrer dans le cadre de la pathologie, — cas d'ailleurs rare puisque, d'après les chiffres de HEIMBECK cités par Marie SIMON⁽⁸⁾, on ne verrait dans un milieu hospitalier donné, sur une proportion de 14 p. 100 de primo-infection de l'adulte, que 1,7 p. 100 de manifestations cliniques, 3,7 p. 100 de formes abortives et 8,6 p. 100 d'infection latente. Pour cette catégorie de sujets, la vaccination

(7) *Arch. int. de neurol.*, déc. 1933, p. 541.

(8) Thèse, p. 63.

par le B. C. G. S. C. semble indiquée. Elle a été pratiquée avec succès dans plusieurs établissements hospitaliers, surtout à l'étranger.

3. — Surveillance médicale du personnel.

En vue d'un diagnostic précoce d'une tuberculose évolutive méconnue, il serait souhaitable d'instituer, comme le demande BELLIERE, des visites prophylactiques par un phthisiologue. Il semble que leur réalisation — annuelle au minimum, semestrielle de préférence — ne serait pas au-dessus des ressources d'un asile ayant une installation radiologique et une consultation hebdomadaire. On ferait seulement remarquer qu'en vue d'éviter toute difficulté, il y aurait lieu de prévoir au règlement particulier une disposition imposant cet examen au personnel, précisant les conséquences d'une constatation positive, le recours de l'intéressé, etc. (9).

La question du traitement du personnel n'a pas à être abordée : nous avons dit — sans l'éliminer — avec quelle réserve, selon nous, il fallait envisager l'affectation d'un tuberculeux en cours de traitement au service spécialisé. Du point de vue pratique, ce traitement appartient aux organismes de lutte antituberculeuse auxquels il serait légitime de confier le malade, bien qu'à la vérité il semble difficile d'imposer cette ligne de conduite à un sujet qui s'y refuserait.

Du point de vue pécuniaire, intervient le mécanisme complexe des congés de maladies, de la disponibilité d'une part, des Assurances sociales, de l'assistance médicale, etc.; d'autre part, selon les cas, la durée de l'affection et la réglementation de l'asile considéré.

L'application au personnel infirmier des asiles de la législation sur les congés de longue durée pour tuberculose ouverte

(9) A la Maison de santé départementale de la Seine-Inférieure, les infirmiers nouveaux admis, dotés d'un « carnet de santé », sont soumis aux examens du dispensaire.

(3 ans de traitement intégral, 2 ans de demi-traitement) instituée pour les fonctionnaires de l'Etat par l'article 51 de la loi du 30 mars 1929, et le décret complémentaire du 10 décembre 1929, n'est encore qu'exceptionnel.

On peut citer, à titre d'exemple, outre les asiles de la Seine et Bron (cf. G. DAUMEZON), le département de la Seine-Inférieure.

« Dans la règle, d'ailleurs, il s'agit d'une réglementation s'appliquant à tous les agents d'un département, par exemple, et pas seulement aux infirmiers de l'asile. » (10).

La généralisation de ces mesures serait, en dehors de toute préoccupation financière, du seul point de vue de la prophylaxie de la tuberculose, extrêmement désirable : elles seules permettent au malade curable ou améliorable de se soigner suffisamment longtemps sans souci de l'avenir pour lui-même et les siens.

Cette législation, en soumettant, lors de leur admission, les agents aux dispositions du décret susvisé — sans préjudice de réglementation particulière — a pour conséquence d'imposer l'examen médical par un phtisiologue en vue d'établir qu'ils sont « indemnes de toute affection tuberculeuse », et par suite, de réaliser le choix rigoureux envisagé plus haut.

B. — CAS DU PERSONNEL RELIGIEUX

Pour le personnel religieux la situation est évidemment toute différente :

« Nous ne pouvons souvent que soupçonner les choses. La vraie raison du déplacement d'un membre de la communauté, de son arrivée dans le service, de son départ dans une autre maison hospitalière, échappe à notre contrôle. Parfois, on nous demande un avis médical et nous voyons; mais si les supérieurs religieux du malade préfèrent que nous ne sachions pas, le secret est bien gardé. » (11).

(10) DAUMEZON, thèse, p. 198.

(11) BRIAU, *Arch. int. de neurol.*, déc. 1933, p. 337.

Pourtant, dans les établissements où des relations confiantes ont pu s'établir entre la communauté et les services médicaux, il n'est sans doute pas impossible de se soucier de la prophylaxie de la tuberculose parmi ce personnel. On doit pouvoir obtenir en outre, d'une supérieure éclairée, une certaine hygiène du travail, une vie plus saine par l'aération plus poussée des locaux personnels des sœurs. De même, il doit être rare qu'une supérieure refuse l'examen radiologique d'une sœur, préconisé par le médecin; il est vraisemblable enfin que, pour les jeunes recrues, il n'y aurait pas de difficultés à la pratique de la cuti-réaction.

D'ailleurs, des clauses facilitant cette surveillance pourraient éventuellement être introduites dans le contrat avec la communauté.

Quant à la question des affectations, compte tenu des aptitudes et des possibilités personnelles, elle ne devrait pas être insoluble si, comme « il est désirable, dans un traité passé pour un asile, ... le contrat détermine, en tenant compte des nécessités particulières du service..., les conditions les meilleures dans lesquelles la supérieure, de concert avec le médecin ou le directeur, pourrait intervenir pour effectuer les mutations, répartir et affecter les sœurs à tel ou tel service, médical ou général, déterminé. » (12).

(12) RAYNIER et BEAUDOUIN, *L'aliéné et les asiles...*, p. 157. Texte à rapprocher de l'article 100 du règlement-modèle de 1837 : « La supérieure... se consulte avec le directeur et le médecin en chef pour le placement et le déplacement des sœurs dans les divers emplois du service. »

CONCLUSIONS

I. — La prophylaxie antituberculeuse à l'asile d'aliénés, comme dans tout milieu fermé où des hommes habitent d'une façon constante, doit avoir pour bases :

1° La nécessité de mesures tendant, par la réalisation de conditions d'existence salubres, à s'opposer à une déficience du « terrain » des hospitalisés — principe primordial de la prophylaxie.

2° La nécessité de mesures d'isolement et de désinfection tendant à s'opposer à un contagio massif des sujets probablement réceptifs : portion importante des internés appartenant à la jeunesse rurale, et malades anergiques — mesures accessoires, bien qu'indispensables.

II. — La thérapeutique — d'intérêt non seulement individuel, mais également collectif par l'appoint efficace qu'elle apporte à la prophylaxie par le tarissement de sources bacillaires — doit, à l'asile comme ailleurs, avoir pour base : la cure hygiéno-diététique, et, en principe, la collapsothérapie, plus accessoirement la chrysothérapie.

Du point de vue des réalisations :

1° La thérapeutique, par suite des nécessités spéciales à la conduite de la cure hygiéno-diététique, exige : d'une part, la connaissance par le médecin traitant des conditions de sa réalisation; d'autre part, l'existence de locaux convenablement agencés où puissent être groupés tous les tuberculeux de l'établissement.

2° L'application des méthodes thérapeutiques modernes vraiment efficaces — chrysothérapie et surtout collapsothéra-

pie — impose l'intervention d'un médecin parfaitement au courant de la phtisiologie.

3° La précocité et la certitude du diagnostic paraissent, dans bien des cas, devoir être favorisées par une collaboration de cette nature.

III. — La connaissance des organismes chargés par les Pouvoirs publics de la lutte antituberculeuse dans la population générale, semble utile à l'établissement d'aliénés. En effet :

— D'une part, l'asile peut espérer trouver dans son secteur administratif auprès de ces organismes — et de leur personnel médical — non un appui financier sans doute, mais, outre d'efficaces conseils, aide et collaboration techniques;

— D'autre part, c'est en s'inspirant de ces divers organismes et de leur rôle respectif que l'asile aménagera au mieux sa propre lutte antituberculeuse. C'est ainsi qu'il paraît légitime, en ce qui concerne l'hospitalisation des aliénés tuberculeux, de s'inspirer de la formation connue sous le nom de « sanatorium suburbain », dont les principes sont les suivants :

1° Ne pas vouloir faire un discernement trop absolu entre les malades selon l'évolution probable de leur affection;

2° Donner à tous, dans des conditions matérielles techniques, hygiéniques et climatiques, non idéales sans doute, mais suffisantes, le traitement approprié à leur état.

C'est ainsi, également, que le fonctionnement satisfaisant de cette formule d'hospitalisation suppose qu'auront été remplies au préalable les tâches de diagnostic et de classification dévolues aux dispensaires.

*
* *

IV. — D'un rappel historique des travaux concernant les rapports de la tuberculose et des troubles mentaux, il semble que l'on puisse conclure qu'il existe une relation étroite entre certaines démences précoces et la tuberculose : sa nature exacte n'est pas déterminée.

Quoi qu'il en soit, il est probable que cette relation peut augmenter dans de notables proportions le nombre des tuberculeuses-maladies chez les aliénés internés. Il faut en tenir compte pour ne pas voir trop en noir les statistiques de morbidité. Mais il faut y trouver une raison de plus pour être à même, à l'asile, de traiter au mieux cette maladie incidente, sans toutefois perdre de vue qu'elle n'est pas la conséquence inéluctable des troubles mentaux.

V. — Les chiffres de mortalité et de morbidité tuberculeuses concernant les asiles d'aliénés, établis soit pour des travaux scientifiques, soit pour des enquêtes, soit pour les rapports annuels des médecins-chefs, doivent être acceptés avec prudence.

Les données les plus intéressantes, celles concernant la morbidité, sont exceptionnelles. Celle-ci nous paraît probablement de l'ordre de 6 p. 100, bien que les chiffres publiés soient en général inférieurs.

Les données concernant la mortalité font ressortir des différences importantes selon les établissements. Les différences réelles, selon nous, sont vraisemblablement moins accusées. Dans l'ensemble, on peut estimer que, dans la population spéciale que constitue un hôpital psychiatrique, si la mortalité est incomparablement plus élevée que dans le reste de la population, et, avec elle, la mortalité tuberculeuse, cette dernière n'est multipliée que par un coefficient assez voisin de celui qui multiplie les autres causes de décès réunies. En effet, dans 52 services ou asiles sur 70, le pourcentage des décès par tuberculose aux décès totaux est inférieur à 15, alors que, d'après les déclarations de décès, ce pourcentage est de 42 dans la population générale.

VI. — Les documents concernant la fréquence de la tuberculose selon les divers syndromes mentaux sont trop fragmentaires et trop souvent interprétés en vue de la démonstration d'une théorie étiologique pour qu'il soit possible

d'en déduire une hiérarchie indiscutable, surtout en l'absence d'une nomenclature psychiatrique générale. Il n'est, pourtant, peut-être pas excessif d'écrire que la fréquence de la tuberculose-maladie paraît aller en décroissant du groupe des déments précoces à celui des paralytiques généraux, en passant par les arriérés, les mélancoliques, les délirants chroniques, les épileptiques.

VII. — Il est difficile de préciser dans quelle mesure l'internement influe sur la tuberculisation des malades. Dans la mesure où il agit — compte tenu du rôle primordial des réinfections *endogènes* — en ce qui concerne les réinfections *exogènes*, il convient dans ce milieu spécial de considérer comme source importante de contagion non seulement les expectorations, mais aussi les selles.

VIII. — En vue d'aider à l'établissement éventuel d'une statistique plus homogène qui permette d'apprécier avec moins de chances d'erreur la morbidité et la mortalité par tuberculose dans les asiles d'aliénés, nous proposons à la discussion un tableau à insérer, le cas échéant, dans les rapports annuels.

*
**

IX. — A l'asile d'aliénés, le diagnostic des cas de tuberculose doit être précédé, en raison du comportement particulier des malades, d'une opération systématique : le *dépistage*.

Pour donner tous les résultats qu'on peut être en droit d'en attendre, le dépistage et le diagnostic de la tuberculose nous paraissent, à l'asile, nécessiter :

1° Une organisation du service qui « révèle » au médecin-chef tous les incidents susceptibles de dépendre d'une tuberculose ;

2° La mise en œuvre de méthodes biologiques et bactériologiques, les unes praticables à l'établissement, les autres obligeant à recourir à l'aide d'organismes extérieurs compétents ;

3° L'usage de la radiologie selon des modalités variables suivant les circonstances, mais qui auraient tout avantage à être aussi systématiques que possible;

4° La collaboration, intermittente mais régulière, d'un médecin phthisiologue spécialisé qui doit prendre rang parmi les consultants habituels de l'établissement.

X. — La prophylaxie de la tuberculose, conformément aux principes rappelés en I, comportera :

1° La salubrité générale. Elle est faite d'une infinité de facteurs; nous en avons évoqué quelques-uns dans notre texte. Nous n'en voulons retenir ici que la condition essentielle de réalisation : la constante collaboration médico-administrative dont la nécessité est sanctionnée par de nombreux articles réglementaires.

2° Les mesures de prophylaxie spéciale au B. K., dont l'isolement des tuberculoses ouvertes doit être la base en raison du comportement particulier de beaucoup d'aliénés, rebelles aux conseils d'hygiène prophylactique.

Accessoirement, elles comporteront la protection contre le virus d'origine animale; plus accessoirement, la méthode spécifique complémentaire (B. C. G. S. C.).

XI. — L'isolement des aliénés tuberculeux prescrit du point de vue prophylactique par diverses circulaires ne nous paraît, en principe, pouvoir être pleinement réalisé que grâce à des locaux permettant :

1° D'isoler d'une façon constante et complète les tuberculeux des autres aliénés;

2° De recevoir *tous* les aliénés tuberculeux quel que soit leur comportement;

3° De pratiquer commodément les mesures d'hygiène et de désinfection en réduisant au minimum les inefficacités et les difficultés de celles-ci liées à l'indocilité des assistés;

4° De réaliser les conditions techniques de traitement de la tuberculose, car il ne faut jamais, même lorsqu'on parle de prophylaxie, négliger la thérapeutique.

XII. — De tels locaux :

1° aménagés suivant les théories et les possibilités :

- soit en un seul bâtiment (pavillon spécialisé);
- soit en plusieurs (annexe indépendante d'infirmierie et chambres d'isolement annexes des quartiers de classement);

2° permettant une séparation plus ou moins stricte, suivant les conceptions, des malades selon l'état d'évolution de leurs lésions, devraient exister dans tous les asiles.

Ils peuvent être construits spécialement ou n'être que l'agencement, souvent peu onéreux, de locaux existants.

Personnellement, une formule unitaire (type pavillon spécialisé) a notre préférence.

XIII. — En ce qui concerne l'agencement, le service « spécialisé » synthétisera, dans la mesure du possible, les nécessités asilaires et les nécessités sanatoriales.

XIV. — Le fonctionnement de ce service spécialisé doit être organisé de manière à réaliser :

- 1° L'aération et la cure de repos;
- 2° Le régime alimentaire approprié;
- 3° Les mesures de désinfection.

Par ailleurs, par l'étude des modalités possibles dans des circonstances données, on s'efforcera avec toute l'énergie désirable, d'obtenir, malgré les difficultés, la collaboration technique nécessaire (cf. II) à la conduite des cures collapsothérapeutiques qui peuvent être indiquées et applicables.

XV. — Par le rappel de ces principes, par la description, par la publication du plan de quelques pavillons construits

récemment pour aliénés tuberculeux, de même que par l'étude théorique d'un service-type, nous voudrions avoir contribué à la mise au point d'une formule satisfaisante dont la nécessité n'est pas douteuse, car s'il était permis de résumer d'un mot l'état actuel de la lutte antituberculeuse dans les asiles d'aliénés, on pourrait écrire : qu'elle peut s'améliorer du point de vue prophylactique, et qu'elle a beaucoup plus encore à se perfectionner du point de vue thérapeutique.

VU : *Le Président de la thèse;*

HENRI CLAUDE.

VU : *Le Doyen,*

G. ROUSSY.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE GÉNÉRALE

I. — Sources imprimées.

- ALBANE (Auguste). — Tuberculose et démence précoce. Quelques recherches cliniques, biologiques et expérimentales. Thèse Paris, 1934.
- ALBERT-WEIL (Jean). — Les poisons du bacille tuberculeux et les réactions cellulaires et humorales dans la tuberculose. Paris, 1931, in-8°.
- Les réactions tuberculiniques dans leurs rapports avec l'allergie tuberculeuse. *Revue de la tuberculose*, 1932, p. 586-602.
- AMEGHINO. — Autour de l'étiologie tuberculeuse des maladies mentales. *Revista de criminologia y Psiquiatria*, Buenos-Aires, avril 1925 (analyse par LAUZIER, *L'Encéphale*, 1926, p. 156).
- AMEUILLE, BLANCHY, CHAUMIER. — Le pneumothorax artificiel ambulatoire. *Revue de phtisiologie*, 1928, p. 81.
- ANGELINI (R.). — Tuberculose et neuro-psychopathies. *Archivio italiano di anatomia ed istologia patologica*, nov.-déc. 1932 (analyse par L. ROUQUIÈS, in *Presse médicale*, 8 août 1934, p. 131).
- ANGLADE (D.). — La propagation de la tuberculose par les bacilles contenus dans les selles. Prépondérance de ce mode de propagation dans les asiles d'aliénés. *Ann. méd.-psych.*, 1902, t. I, p. 50-58.
- ARLOING (Fernand) et DUFOUT (André). — Rôle du virus tuberculeux filtrable en pathologie humaine. Rapport au VIII^e Congrès national de la tuberculose à Marseille, 1935.
- Armement antituberculeux français (L')*. — Introduction de MM. LÉON BERNARD et G. POIX. Paris, 1934, 3^e éd., in-8°.
- ARNOULD (E.). — La tuberculose conjugale et ses enseignements. *Revue de phtisiologie*, sept. 1931, p. 536-546.

ARNOULD (E.). — La fréquence de la tuberculose est indépendante de celle de l'alcoolisme. *Revue de phthisiologie*, juill.-août 1932, p. 393-412.

— La tuberculose chez les étudiants en médecine, les médecins et le personnel infirmier. *Revue de phthisiologie*, nov.-déc. 1932, p. 630-664.

Association médico-psychologique de Grande-Bretagne et d'Irlande (Comité de la tuberculose de l'). — *The Journal of mental science*, 1902 (analyse in *Ann. méd.-psych.*, 1903, t. II, p. 138).

BALL (B.). — Leçons sur les maladies mentales. Paris, 1880.

BALLARD (Julien). — Comment meurent les épileptiques. Thèse Paris, 1898, n° 584.

BARUK (Henri). — Tuberculose et démence précoce. *Paris médical*, 27 août 1932.

— Société médico-psychologique, séance du 28 nov. 1932. *Ann. méd.-psych.*, nov. 1932, t. II, p. 469.

BARUK (H.), BIDERMAN (Max), ALBANE (A.). — Tuberculose et démence précoce. Les réactions allergiques chez les déments précoces : sensibilisation toxique, tuberculose torpide et troubles nerveux. *Ann. méd.-psych.*, 1932, t. II, p. 352-359.

— Tuberculose et démence précoce. Recherches expérimentales. Épilepsie, catatonie expérimentale, et ulcérations locales (phénomène de Koch ?) après injection à des cobayes allergiques de liquide céphalo-rachidien de déments précoces. *Ann. méd.-psych.*, 1932, t. II, p. 486-498.

BARUK (H.), SAUVAGE et ALBANE. — Démence précoce grave consécutive à une typho-bacillose. Guérison des troubles mentaux après une coxalgie et une polysérite tuberculeuse. Soc. méd.-psych., séance du 19 déc. 1933, *Ann. méd.-psych.*, 1933, t. II, p. 734.

BECK (A.). — Sur les relations entre la démence précoce et la tuberculose. Etude bactériologique du liquide céphalo-rachidien. *C. R. des séances de la Société de biologie*, 30 juin 1934 (analyse in *Revue neurologique*, janv. 1935, p. 135).

BELLIÈRE (Lucien). — Dépistage, contrôle, traitement et prophylaxie de la tuberculose parmi le personnel infirmier et ouvrier de l'Assistance publique à Paris. Thèse Paris, 1932, n° 283.

BERNARD (Claude). — Introduction à l'étude de la médecine expérimentale. Paris, 1863.

BERNARD (Léon). — Préface de la Bibliothèque de phthisiologie.

- BERNARD (Léon). — La tuberculose pulmonaire. Etudes de phtisiologie clinique et sociale. Paris, 1925, 2^e éd.
- Cours d'hygiène. Paris, 1927, in-8°, t. I.
- De la spécialisation en médecine. La phtisiologie est une spécialité. Leçon inaugurale, 14 nov. 1928. *Presse médicale*, 17 nov. 1928, p. 1457-1462.
- L'aurothérapie dans la tuberculose. Thérapeutique médicale (Pr. M. LÖEPER). Paris, 1932, t. IV, chap. XII, p. 193-213.
- Influence des progrès du diagnostic, du traitement et de la prophylaxie de la tuberculose sur l'organisation de la lutte antituberculeuse. *Revue de phtisiologie*, juill.-août 1932, p. 361-378.
- BERNARD (Léon) et EVEN (Roger). — Thérapeutique hydro-climatologique de la tuberculose. Paris, 1934.
- BEZANÇON (Fernand). — Les bases actuelles du problème de la tuberculose. Paris, 1922.
- L'orientation de la lutte antituberculeuse. *Bull. de l'Acad. de méd.*, séance du 13 mai 1930.
- Le dépistage de la tuberculose pulmonaire par les examens systématiques. Séance de l'Académie de médecine du 12 mars 1935 (analyse in *Concours médical*, 20 mars 1935, p. 840).
- BLUMENFELD (Fischel). — La tuberculose des déments précoces. Thèse Paris, 1933, n° 111.
- BOUTTEVILLE (de) et PARCHAPPE. — Notice statistique sur les asiles d'aliénés de la Seine-Inférieure (juillet 1825 à 1843). Rouen, 1845.
- BRETON. — Existe-t-il des causes susceptibles, en dehors de la tuberculose, de faire varier l'indice optique dans la réaction à la résorcine ? *Nord médical*, 15 janv. 1928.
- BRIAND (Marcel). — Prophylaxie et traitement de la tuberculose dans les asiles d'aliénés. Communication au Congrès de la tuberculose, 1905. *Ann. méd.-psych.*, 1906, t. I, p. 32-38.
- BRIAUX. — Quelques aspects du problème de la tuberculose dans les asiles d'aliénés. *Arch. int. de neurol.*, 1933, p. 395-409 et 529-544; 1934, p. 11-29 et 165-179.
- BROUARDEL (Georges) et ARNAUD (Jacques). — L'organisation antituberculeuse française, Paris, 1934.
- BRUNERIE (Albert). — Essai sur les troubles psychiques au cours de la tuberculose pulmonaire. Thèse Lyon, 1927, n° 105. *Bulletin de l'Académie de médecine*, mai-juin-juill. 1933,

- BURNET (Etienne). — Prophylaxie de la tuberculose. Paris, 1933, in-8°.
- CALMETTE. — L'infection bacillaire et la bacillose chez l'homme et les animaux, Paris, 1920, et Paris, 1929, 3^e éd.
- Au sujet des relations entre l'allergie tuberculinique et l'immunité dans la tuberculose. Exposé à la VII^e Conférence de l'Union internationale contre la tuberculose, La Haye, 6 sept. 1932, *Presse médicale*, n° 73, 10 sept. 1932, p. 1381.
- CAUSSIMON. — Technique de recherches du bacille de Koch dans les selles. *Paris médical*, 1928, p. 233.
- CHARDON (E.) et RAVIART (G.). — Installation d'un pavillon d'isolement des aliénés tuberculeux à l'Asile d'Armentières, *Archives de neurologie*, 1903, t. II, p. 403-409.
- CHARTIER (Jules). — De la phtisie et en particulier de la phtisie latente dans ses rapports avec les psychoses. Thèse Paris, 1899, n° 154.
- CLAUDE (Henri) et SCHOEFFER. — La tuberculose chez les épileptiques hospitalisés. Séance du 4 août 1906 du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France (1-8 août 1906), p. 269.
- CLAUDE (Henri) et ROSE (Félix). — Etude clinique et anatomique d'une psychose toxi-infectieuse à forme catatonique du type de la démence précoce. Société de psychiatrie de Paris, séance du 19 novembre 1908. *L'Encéphale*, 1908, t. II, p. 630-655.
- CLAUDE (H.) et BARUK (H.). — Les troubles psychiques dans les « phases torpides » et les phases prémonitoires de la tuberculose. *Paris médical*, 27 déc. 1930, p. 571-579.
- CLAUDE (H.), COSTE, VALTIS et VAN DEINSE. — Sur les relations pathogéniques du virus tuberculeux avec la démence précoce. *L'Encéphale*, sept.-oct. 1933, p. 561-587.
- CLAUDE (H.) et COSTE. — Sur les relations de la tuberculose et de la démence précoce. *C. R. des séances de la Société de biologie*, 21 juill. 1934 (analyse in *Revue neurologique*, janv. 1935, p. 136).
- CLAUDE (H.) et DUBLINEAU (J.). — Résultats de la pyrétothérapie soufrée associée aux sels d'or dans 34 cas d'états dits de démence précoce. *Ann. méd.-psych.*, 1935, t. I, p. 553-583.
- CLOUSTON (T.-S.). — La tuberculisation et l'aliénation mentale. Traduction Dumesnil, in *Ann. méd.-psych.*, 1864, 4^e série, t. III, p. 317-338, et t. IV, p. 67-91.
- CONSTANS, LUNIER et DUMESNIL. — Rapport général sur le service des aliénés en 1874. Paris, 1878.

- COSTE, VALTIS, VAN DEINSE. — Constatations expérimentales concernant l'étiologie tuberculeuse de certaines démences précoces. Séance de l'Académie de médecine du 6 juin 1933, p. 760-764.
- COURMONT (Paul). — Les bases expérimentales des réactions d'allergie dans la tuberculose. Rapport au VI^e Congrès national de la tuberculose à Lyon, 1927. *Revue de la tuberculose*, avril 1927, p. 143-199.
- DAUMEZON (Georges). — Considérations statistiques sur la situation du personnel infirmier des asiles d'aliénés. Thèse Paris, 1935.
- DEBRÉ (Robert) et (MARTINY-GAGEY (Thérèse). — Sur l'étiologie de la tuberculose pulmonaire chronique de l'adulte. *Revue de la tuberculose*, juin 1931, p. 705-724.
- DECORSE (E.). — Etude statistique de la tuberculose à l'Asile public d'aliénés de Cadillac. Contribution à l'étude des rapports de la tuberculose et de l'aliénation mentale. Thèse Bordeaux, 1907.
- DENOYELLE (Lucien). — Etude statistique sur l'étiologie de la tuberculose pulmonaire chez l'adulte. Thèse Paris, 1923, n^o 92.
- DIDE et AUJALEU. — Transmission expérimentale de virus filtrants par injection au cobaye de liquide céphalo-rachidien de déments précoces. *Société médico-psychologique*, séance du 28 mai 1934, *Ann. méd.-psych.*, 1934, t. I, p. 766-771.
- DIDE, BOISSEZON (de) et AUJALEU. — Réactions de Vernes et de Beredka dans le sang et le liquide céphalo-rachidien des déments précoces. *C. R. des séances de la Société de biologie*, 2 juin 1934 (analyse par MOLLARET in *Revue neurologique*, janv. 1935, p. 137).
- DOST. — Lungentuberkulose in der Irrenanstalt. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und Psychisch-Gerichtliche Medizin... mit beilage Zeitschrift für Psychische Hygiene*, Berlin, 7 avril 1932, p. 61-73.
- DUMAREST (F.) et BRETTE (P.). — La pratique du pneumothorax thérapeutique et de la collapsothérapie chirurgicale. Paris, 1929, 3^e éd.
- DURAND (Henri). — Rapport au VIII^e Congrès national de la tuberculose à Marseille, 1935.
- DUROCHER (Albert). — Tuberculose et démence précoce. Thèse Paris, 1906, n^o 346.
- ESQUIROL (E.). — Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal. Paris, 1838 2 vol. in-8^o, t. I.

- FOIX et BOSNIÈRES. — Le pneumothorax thérapeutique en « cure libre » chez les tuberculeux. *Presse médicale*, 8 nov. 1930, p. 1513-1515.
- FONTÈS. — L'ultra-virus tuberculeux. Paris, 1932.
- GILCHRIST (Ebenezer). — Utilité des voyages sur mer pour la cure de différentes maladies, et notamment de la consommation... Traduit [de l'anglais] par M. BOURRU, Paris, 1770, in-12, p. 208-209, note 35.
- GUILLAUME. — De la sensibilisation. Paris, 1934.
- GUINARD (L.). — La pratique des sanatoriums. Conditions hygiéniques et techniques de construction, d'organisation et de fonctionnement. Direction médicale et administrative. Réglementation des cures. Soins spéciaux. Résultats. D'après les vingt premières années d'exercice des sanatoriums de Bligny, Lyon, 1925.
- HAMEL (J.) et COURTIER (G.). — Recherches sur la réaction de déviation du complément par l'antigène tuberculeux méthylique dans le sérum et le liquide céphalo-rachidien des aliénés et en particulier des déments précoces. *Revue médicale de l'Est*, 1931, p. 69-91.
- HOLLANDER (d') et ROUVROY. — La démence précoce est-elle d'origine tuberculeuse ? Inoculations. Les lésions provoquées. *Ann. méd.-psych.*, 1932, t. II, p. 417-429.
- Institut prophylactique*. Travaux et publications. Fasc. IV, mai 1926 : La réaction de Vernes.
- Journal médical français*, mai 1933, n° 5, consacré à la tuberculose, p. 141-176.
- KARA-ENEFF. — De l'influence de la tuberculose sur l'aliénation mentale. Thèse Montpellier, 1899, n° 84.
- KERFRIDIN. — Essai de traitement de certains déments précoces par le soufre pyrétogène associé à l'or. Thèse Paris, 1934.
- KINDBERG (Michel-Léon). — La collapsothérapie de la tuberculose pulmonaire. Pneumothorax artificiel. Interventions chirurgicales. Paris, 1931, in-8°.
- KLIFFEL et LHERMITTE (J.). — Anatomie pathologique de la démence précoce. Société de psychiatrie, séances des 22 avril et 27 mai 1909. *L'Encéphale*, 1909, t. I, p. 504-510 et 612-617.
- KUSS (N.). — Comment rendre accessible aux tuberculeux indigents le traitement par le pneumothorax au dispensaire. Rapport au VII^e Congrès national de la tuberculose à Bordeaux, 1931, p. 428.

- LA BONNARDIÈRE (Léon). — Contribution à l'étude des rapports de l'aliénation mentale et de la tuberculose. Thèse Lyon, 1898, n° 120.
- LAVERGNE (V. de). — Allergie et anergie en clinique. Paris, 1931.
- LELONG (Marcel). — L'enfant issu de parents tuberculeux. Etude critique de l'hérédité tuberculeuse. Thèse Paris, 1925, n° 66.
- LÉPINE (Jean) et TATY (Th.). — Tuberculose, démence catatonique, méningo-encéphalite. *L'Encéphale*, 1910, t. I, p. 430-437.
- LÉVY-VALENSI (J.) et GÉNIL-PERRIN. — Cuti-réaction à la tuberculine chez 57 aliénés. Société de psychiatrie, séance du 19 juin 1913. *L'Encéphale*, 1913, t. II, p. 81-82.
- LÉVY (Robert). — La réaction de Vernes à la résorcine. Thèse Nancy, 1929, n° 422.
- LUMIÈRE (Auguste). — Tuberculose, contagion, hérédité. Lyon, 1930.
- Quelques travaux complémentaires relatifs à la propagation de la tuberculose. Lyon, 1932, et Lyon, 1934.
- L'allergie dans la tuberculose. *Paris médical*, 1931, p. 392.
- MACDONALD. — *American Journal of Insanity*, oct. 1902 (analyse in *Ann. méd.-psych.*, 1903, t. I, p. 498).
- MAC GHIE (Bernard T.) et BRINK (George C.). — Une étude de la tuberculose dans les asiles. 89^e meeting annuel de l'American Psychiatric Association, Boston, 29 mai-2 juin 1933. *The American Journal of Psychiatry*, mars 1934, p. 975-985 (analyse par CLAUDE, *L'Encéphale*, juill.-août 1934, p. 501-503).
- MAILLEFER (Jean). — Recherches sur la sensibilisation des déments précoces à la tuberculose. Thèse Paris, 1934.
- MARCHAND (L.). — Considérations anatomo-cliniques sur la démence précoce. Société médico-psychologique, séance du 26 décembre 1927, *Ann. méd.-psych.*, 1928, p. 61-72.
- MARIE (Auguste). — La tuberculose dans les asiles. *Revue de psychiatrie*, 1905, p. 353-375.
- Tuberculose et psychose. Société de médecine de Paris, séance du 14 nov. 1930. *Bull. et mém. de la Soc. de méd. de Paris*, 1930, n° 15, p. 457-461.
- MARIE (Julien). — La chrysothérapie de la tuberculose pulmonaire. Paris, 1933.
- Memoria de la Casa de Orates de Santiago correspondiente al año* 1926, Santiago du Chili, mars 1927.
- MIDY (Gabriel). — Asile agricole de Chezal-Benoît (Cher). Pavillon pour aliénés hommes tuberculeux, *Le bâtiment illustré*, mars 1934, p. 29 (plan, p. 32-33).

- MIDY (Gabriel) et RUBIN (J.). — Asile de Maison-Blanche. Pavillon pour cent femmes malades aliénées tuberculeuses, *Le bâtiment illustré*, mars 1934, p. 35-36 (plan, p. 34).
- MILIAN (G.). — Le biotropisme. Paris, 1929, gr. in-8°.
- MOREL. — Traité des maladies mentales. Paris, 1860.
- ORIANI (Ferrante). — Tubercolosi e malattie mentali. (Contributo statistico anatomico-clinico). Archivio italiano per le malattie nervose e mentali. *Rivista sperimentale di freniatria e medicina legale delle alienazioni mentali*. (Reggio-Emilia, Istituto psichiatrico di San Lazzaro), 1932, vol. LVI, fasc. II, p. 392-417.
- PARCHAPPE (Max). — Des principes à suivre dans la fondation et la construction des asiles d'aliénés. Paris, 1853.
- PASCAL (C.). — Le brouillard étiologique de la démence précoce s'est-il dissipé ? *Progrès médical*, 12 août 1933, p. 1418-1435 (analyse par CARRETTE, in *Ann. méd.-psych.*, 1934, t. II, p. 875-876).
- PINEL (Ph.). — Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale, ou la manie. Paris, an IX.
- PINEL (Scipion). — Traité de pathologie cérébrale, ou des maladies du cerveau... Paris, 1844.
- RANCMAN. — Les relations de la tuberculose et de la démence précoce. Thèse Paris, 1914.
- Rapports annuels médicaux et administratifs des asiles (Passim).*
Particulièrement :
- Aude (Limoux)*. D^{rs} ROUGÉ et PIQUEMAL-LÉVÊQUE, 1923; PIQUEMAL et PIQUEMAL-LÉVÊQUE, 1925, 1928, 1930, 1931, 1932, 1933.
- Eure (Evreux)*. D^{rs} NAUDASCHER et BESSIÈRE, 1926, 1927; 1928, 1929, 1930, 1931, 1932, 1933.
- Jura (Saint-Ylie)*. D^{rs} DESRUELLES (service des femmes), 1926, 1927, 1928, 1929, 1930, 1931, 1932, 1933, 1934.
- Landes (Mont-de-Marsan)*. D^r MAHON, 1922, 1927, 1928, 1929, 1930, 1931, 1932, 1933.
- Loiret (Fleury-les-Aubrais)*. D^{rs} BÉCUE et MÉZIE, 1927, 1928, 1929; MÉZIE, BÉCU et BEAUSSART, 1930, 1932; MÉZIE, BEAUSSART et MENUAU, 1933.
- Mayenne (Laval)*. D^{rs} LAUZIER et PAIN, 1925; PAIN et SIZARET, 1927; FAUVEL et SIZARET, 1929, 1932.
- Meurthe-et-Moselle (Nancy)*, D^r SENGLER, directeur, 1927, 1929; D^{rs} AUBRY, HAMEL, CULLERRE et PRIVAT DE FORTUNÉ, 1930-1933; D^r SENGLER, directeur, 1933.

- Morbihan (Lesvellec)*. Dr SALOMON, 1927; SALOMON et DAUSSY, 1928; SALOMON, 1929, 1930, 1931; SALOMON et FASSOU, 1932.
- Nièvre (La Charité-sur-Loire)*. Dr SCHÜTZENBERGER, 1929, 1930, 1931; LE GUILLANT, MARTRILLE et LOÛ, 1933.
- Oise (Clermont)*. Drs THIBAUD, DEMAY, CHÈZE et H. BEAUDOUIN, 1925; GUIARD, CHÈZE, DEMAY et LAUZIER, 1927, 1928; GUIARD, LAUZIER, LE MAUX, BARUK et PIGNÈDE, 1930; GUIARD, LAUZIER, LE MAUX, PIGNÈDE et CHATAGNON, 1931, 1933.
- Bas-Rhin (Rouffach)*. Drs PRINCE et JABOUILLE (service des femmes), 1924, 1926, 1927, 1928, 1929, 1930.
- Sarthe (Le Mans)*. — Dr BOURDIN, 1926, 1929, 1930; SCHÜTZENBERGER, 1932.
- Seine-Inférieure (Quatre-Mares)*. — Drs HAMEL, 1926, 1927; HAMEL et USSE, 1928, 1929, 1930; USSE, 1931; DAUSSY et USSE, 1932; USSE et MOREL, 1933, 1934.
- (*Saint-Yon*). Drs POCHON, LATAPIE et GASSIOT, 1922, 1923, 1924, 1925, 1926, 1927, 1928, 1929, 1930, 1931, 1932, 1933, 1934.
- RAYNIER (Julien). — Rapport d'inspection générale, 1923.
- RAYNIER (J.) et BEAUDOUIN (Henri). — La tuberculose dans les asiles d'aliénés. *Ann. méd.-psych.*, 1925, t. I, p. 24-41.
- L'aliéné et les asiles d'aliénés. Paris, 1930, 2^e éd.
- (avec la collaboration de BRIAU et PINARD). — Le régime alimentaire des asiles d'aliénés. *L'aliéniste français*, 1934, p. 139-163, 237-266, et 327-355.
- RAYNIER (J.) et LAUZIER (Jean). — La construction et l'aménagement de l'Hôpital psychiatrique et des asiles d'aliénés. Paris, 1935.
- RAYMOND. — Sur un travail de MM. ANGLADE et CHOCRAUX concernant la tuberculose dans l'étiologie des maladies mentales et nerveuses. Académie de médecine, séance du 17 mars 1903. Rapport analysé par Cullerre, *Ann. méd.-psych.*, 1904, t. II, p. 432.
- Revue des établissements de bienfaisance et d'assistance*. Paris, 1901, 1904.
- RIST. — Le pneumothorax thérapeutique. *Thérapeutique médicale* (Pr. M. LÖPER), Paris, 1932, t. IV, chap. XIV, p. 235-250.
- RODIET, NEVOT et MAILLEFER (J.). — Recherches du bacille de Koch, par hémoculture sur milieu de Lœwenstein, dans le sang de 18 déments précoces. *C. R. des séances de la Société de biologie*, 2 juin 1934 (analyse in *Revue neurologique*, janv. 1935, p. 139).

- ROLET (Jacques). — La tuberculose dans les asiles d'aliénés. Thèse Paris, 1907, n° 26.
- ROUYER (Marcel). — Sur les rapports de la tuberculose et des troubles mentaux. Thèse Paris, 1930, n° 401.
- SECOUSSE (H.) et PIÉCHAUD (P.). — Comment rendre accessible aux tuberculeux indigents le traitement par le pneumothorax au dispensaire. Rapport au VII^e Congrès national de la tuberculose à Bordeaux, 1931.
- SERGEANT (Emile). — Les réveils de la tuberculose pulmonaire chez l'adulte. Conditions de leur polymorphisme anatomo-clinique. Paris, 1933, in-8°.
- SERGEANT (E.) et TURPIN. — Les facteurs de terrain autres que l'allergie, dans l'infection tuberculeuse. Rapport au VI^e Congrès de la tuberculose à Lyon, 1927, *Revue de la tuberculose*, avril 1927, p. 200-221.
- SERGEANT (E.), DURAND et TURPIN. — La réactivation des foyers tuberculeux latents. *Paris médical*, 7 janv. 1928, p. 11.
- SÉRIEUX (Paul). — L'assistance des aliénés en France, en Allemagne, en Italie et en Suisse. Paris, 1903.
- SIMON (Marie). — Contribution à l'étude de la contagion de la tuberculose pulmonaire chez l'adulte. Thèse Paris, 1933, n° 361.
- TARGOWLA (G.). — Tuberculose et troubles mentaux. Conceptions nouvelles. *Presse médicale*, 11 févr. 1933, p. 238-240.
- TAUSSIG (L.), GUTWIRT (A.), HASKOVEC (V.) et PROKUPEK (J.). — Schizophrénie et tuberculose. *Revue v. Neurologii a Psychiatrii*, juin 1934, n° 6, p. 129-132 (analyse par CARRETTE, *Ann. méd.-psych.*, 1934, t. II, p. 462).
- THIBAUT (Henri). — De la nécessité d'adapter l'armement antituberculeux à la conception actuelle de l'évolution de la tuberculose. Thèse Paris, 1927, n° 131.
- TOULOUSE. — La tuberculose et la psychopathie. *Revue d'hygiène*, sept. 1930, p. 657-675.
- TOULOUSE, SCHIFF, VALTIS et VAN DEINSE. — Ultra-virus tuberculeux et démence précoce. *Ann. méd.-psych.*, 1932, t. II, p. 474-483.
- TOYE (Guy-Pierre). — Contribution à l'étude physiopathologique de la démence précoce. Thèse Montpellier, 1934, n° 22.
- TURPIN (R.). — La vaccination contre la tuberculose par le B.C.G. *Thérapeutique médicale* (Pr. M. LÖPER), Paris, 1932, t. IV, chap. XI, p. 171-192.
- TZANCK (Arnault). — Immunité, intolérance, biophylaxie. Paris, 1932.
- VALTIS. — Le virus tuberculeux. Paris, 1932.

- VAUDREMER. — Nature, origine et rôle biologique du virus tuberculeux filtrant. Rapport au VIII^e Congrès national de la tuberculose à Marseille, 1935.
- VIÉ (J.). — La réaction de Besredka dans la démence précoce. Société de psychiatrie de Paris, séance du 20 févr. 1930, *L'Encéphale*, 1930, p. 314.
- WECHSLER. — Contribution au problème de la fréquence de la tuberculose dans les asiles d'aliénés et de ses rapports avec la schizophrénie. *Arch. suisses de neurol. et de psych.*, vol. XXXI, fasc. I, 1933 (analyse par BAUER, in *Ann. méd.-psych.*, 1934, t. I, p. 461).
- WORKMAN. — De la phtisie latente chez les aliénés. *The American Journal of insanity* (analyse par DUMESNIL, *Ann. méd.-psych.*, 1864, 4^e série, t. III, p. 113-121).
- ZALLA. — Mortalité par tuberculose dans les asiles; particulièrement, rapports éventuels entre la démence précoce et la tuberculose. V^e Congrès de la Société de neurologie italienne. *Rivista di patologia nervosa e mentale*, oct. 1922 (analyse par WAHL, *L'Encéphale*, 1923, p. 410-411).

II. — Sources inédites.

- Direction des Affaires départementales de la Préfecture de la Seine (Service de l'Assistance) : Dossier du Pavillon pour aliénés tuberculeux de Chezal-Benoît.
- Direction de l'Asile de Maison-Blanche : Dossier du Pavillon pour aliénées tuberculeuses.
- Economat de l'Asile de Chezal-Benoît : Dossier de calcul du prix de revient en 1934.
- BRIAU (Dr) — Corrections manuscrites de l'article des *Archives internationales de neurologie*, 1933.
- CULLERRE (Dr Elisabeth). — Lettres concernant le Pavillon Archambault, à Maréville.
- DESRUELLES (Dr Maurice) et SIMON (Th.). — Bonnes feuilles d'une fiche individuelle définitive à paraître dans l'*Aliéniste français*.
- Correspondance.
- SALOMON (Dr). — Eléments de rapports non imprimés.
- .
- — — — —

PLANCHES

1. ASILE AGRICOLE DE CHEZAL-BENOÎT.

Pavillon pour aliénés tuberculeux.

2. ASILE DE MAISON-BLANCHE.

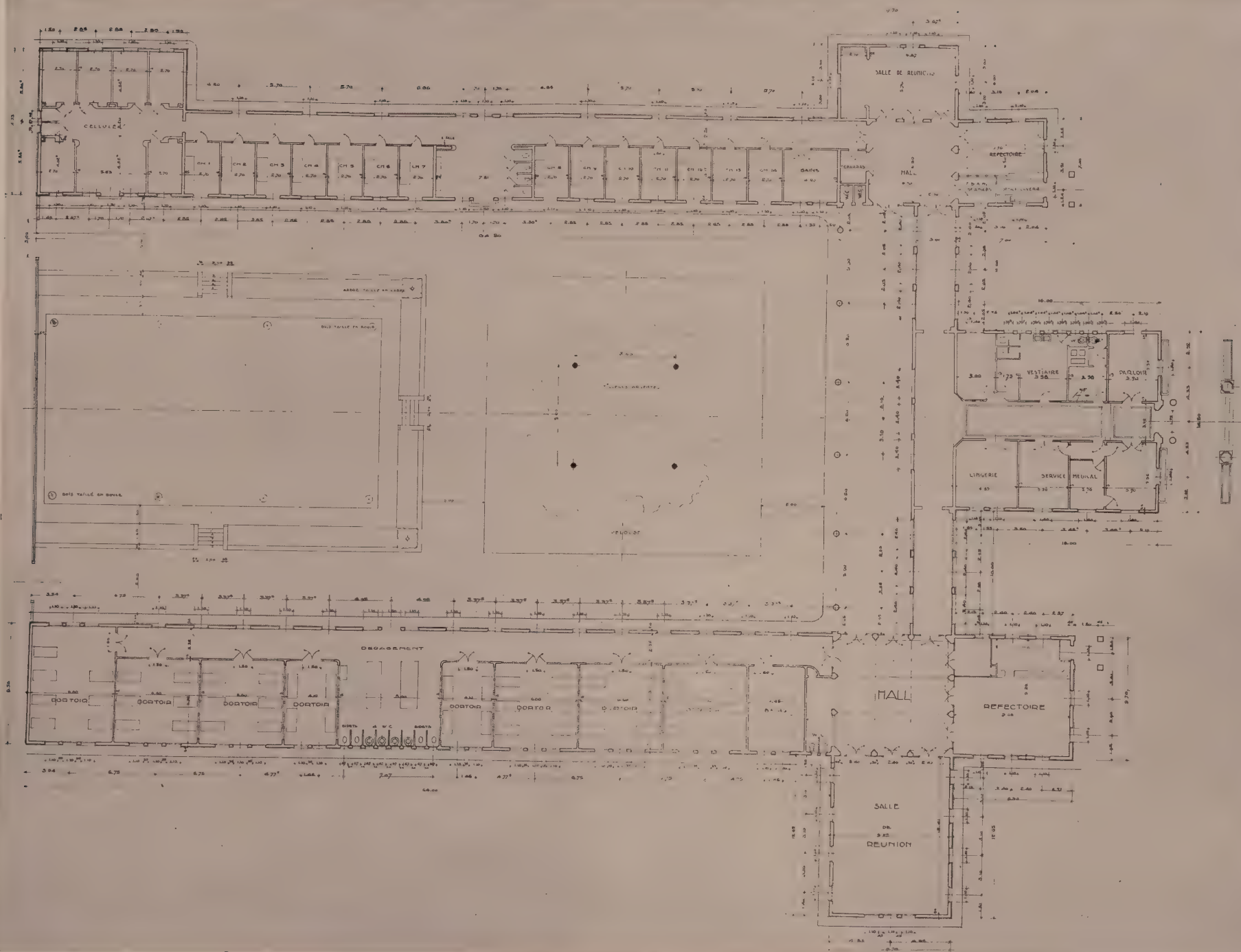
Pavillon pour aliénées tuberculeuses.

3. ASILE DE MARÉVILLE.

Pavillon pour le traitement des aliénés tuberculeux (hommes et femmes).

Pour permettre une lecture plus aisée, la section affectée aux femmes a été seule reproduite. Celle affectée aux hommes est identique et symétrique par rapport à l'axe du hall d'entrée dont on voit, dans la partie gauche de la planche, la moitié droite.

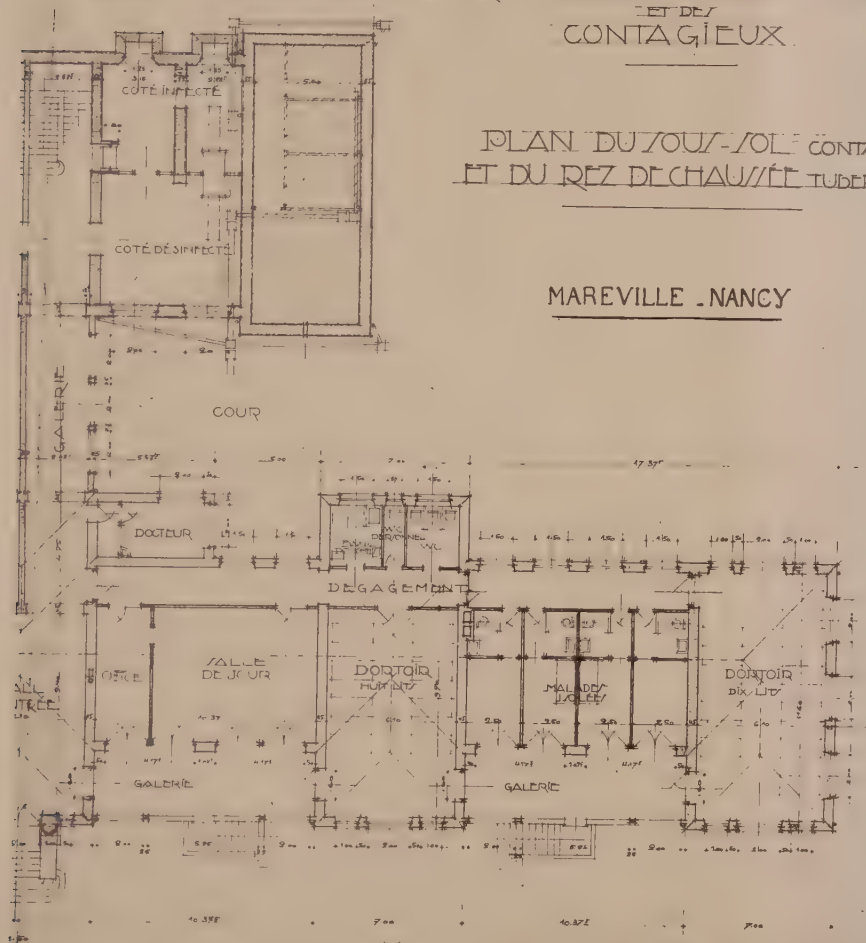
ASILE DE MAISON-BLANCHE. — PAVILLON POUR ALIENNES TUBERCULEUSES



PAVILLON
POUR LE TRAITEMENT DES TUBERCULEUX
ET DES
CONTAGIEUX.

PLAN DU 1^{er} SOUS-SOL CONTAGIEUX
ET DU REZ DE CHAUFFE TUBERCULEUX.

MAREVILLE - NANCY



DESINÉ PAR L'ARCHITECTE EN CHEF DU DÉPARTEMENT
A NANCY LE 28 JUILLET 1931

TABLE DES MATIERES

	Pages
AVANT-PROPOS	9

PREMIERE PARTIE

Rappel des principales notions concernant la tuberculose.

CHAPITRE I. — Notions actuelles sur la tuberculose et son endémie..	13
I	13
1. — <i>Utilité et justification de ce chapitre</i>	14
2. — <i>Objet du chapitre</i>	13
II	16
1. — <i>Plan</i>	16
2. — <i>Quelques remarques à propos du bacille de Koch</i>	16
a) <i>Morphologie</i>	16
b) <i>Problème des formes filtrantes</i>	17
3. — <i>Constitution du bacille tuberculeux et réactions cellulaires.</i>	18
4. — <i>Le polymorphisme de la tuberculose : tuberculose active et tuberculose évolutive</i>	19
a) <i>Le polymorphisme est-il sous la dépendance de la virulence du germe ou de la quantité de germes infestants ?</i>	21
b) <i>Quelle place revient dans ce polymorphisme aux formes filtrables ?</i>	21
c) <i>Importance du terrain dans le polymorphisme de la tuberculose</i>	22
5. — <i>Que faut-il entendre par « terrain » ? Ses composants</i>	23
a) <i>Facteurs non spécifiques du terrain</i>	23
1° <i>Facteurs héréditaires</i>	23
α. <i>L'hérédité de graine</i>	26
β. <i>L'hérédité non spécifique.</i>	27
2° <i>Facteurs liés à des modifications chimiques ou glandulaires de l'organisme</i>	28
3° <i>Facteurs liés à divers états pathologiques qui peuvent atteindre l'organisme</i>	29
b) <i>Facteurs spécifiques; allergie, anergie</i>	30

	Pages
1 ^o Méthodes objectivant les caractères spécifiques	31
2 ^o Que traduisent les réactions d'allergie ?	33
3 ^o Quelle est la nature des réactions allergiques ?	33
4 ^o L'anergie	34
6. — <i>Transfert en clinique des diverses données concernant l'al-</i> <i>lergie</i>	35
a) (Existe-t-il des symptômes en rapport avec les réactions allergiques ?)	35
b) (Quel aspect donne à l'évolution de la tuberculose l'apparition d'un terrain allergique ?)	35
c) Quelle relation peut-il y avoir entre l'état d'allergie et celui d'immunité ?	36
7. — <i>La prémunition ou résistance aux surinfections</i>	37
a) Sa base expérimentale	37
b) Son transfert en clinique est-il justifié ?	37
1 ^o Arguments expérimentaux	38
2 ^o Arguments cliniques : fréquence de la contagion de l'adulte	38
III. — CONSÉQUENCE PRATIQUE	41
CHAPITRE II. — Tuberculose et Thérapeutique	44
I. — IMPORTANCE DE LA THÉRAPEUTIQUE. ANGLE SOUS LEQUEL ELLE SERA ENVISAGÉE ICI	44
II. — LES BASES DU TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE	46
1. — <i>La cure hygiéno-diététique</i>	47
2. — <i>La chrysothérapie</i>	48
a) Place réelle dans la thérapeutique	48
b) Indications. Emploi	49
3. — <i>La collapsothérapie</i>	51
a) Historique	51
b) Intérêt de la méthode	52
c) Indications. Contre-indications	53
d) Conditions générales de réalisation	56
III. — DIAGNOSTIC DE LA TUBERCULOSE	57
IV. — CONCLUSION GÉNÉRALE	58
CHAPITRE III. — Organisation de la lutte antituberculeuse en France. ..	59
I. — UTILITÉ DE LA CONNAISSANCE DE CETTE ORGANISATION	59
II. — DESCRIPTION	60
1. — <i>Éléments non particuliers à la tuberculose</i>	60
2. — <i>Organisation spéciale. Historique. Bases légales</i>	60

	Pages
a) Organisation administrative	61
b) Services actifs	63
1 ^o Le dispensaire	64
2 ^o Les services hospitaliers : Hôpital-sanatorium, sanatorium, sanatorium suburbain	66
III. — CONCLUSION PRATIQUE POUR LA LUTTE ASILAIRE	69

DEUXIEME PARTIE

Importance de la tuberculose dans les asiles.

CHAPITRE I. — <i>Rôle étiologique de la tuberculose en pathologie mentale</i>	71
I. — ANGLE PARTICULIER SOUS LEQUEL NOUS ENVISAGEONS LA QUESTION	71
II. — HISTORIQUE D'ENSEMBLE	72
1. — <i>Période clinique</i>	73
2. — <i>Période clinique et anatomo-pathologique</i>	77
3. — <i>Période clinique, anatomo-pathologique et biologique</i>	78
4. — <i>Période à la fois clinique, biologique et expérimentale</i>	82
III. — CONCLUSION	90
CHAPITRE II. — <i>Données numériques sur la tuberculose dans les Asiles.</i> 91	91
I. — RÉSERVES PRÉLIMINAIRES SUR LA VALEUR DES CHIFFRES	91
II	92
1. — <i>Documents princeps : 1903 et 1931</i>	92
a) Chiffres	92
b) Valeur de ces chiffres	98
2. — <i>Autres documents anciens</i>	100
3. — <i>Chiffres récents</i>	101
a) Données étrangères	101
b) Données françaises	103
4. — <i>Renseignements tirés des rapports annuels des asiles</i>	104
a) Mortalité	106
b) Mortalité et morbidité	109
5. — <i>Remarques sur la valeur des chiffres de morbidité</i>	114
III. — COMPARAISON AVEC LA SITUATION EN FRANCE. CONCLUSION D'ENSEMBLE. 115	115
CHAPITRE III. — <i>Fréquence de la tuberculose selon les principaux syndromes mentaux</i>	117
I	117
II	117

	Pages
1. — <i>Chiffres empruntés aux publications scientifiques</i>	117
a) Etrangères	117
b) Françaises	120
2. — <i>Chiffres empruntés aux rapports annuels</i>	121
3. — <i>Quelques réflexions au sujet de ces pourcentages</i>	122
a) Tuberculose et démence précoce	122
b) Tuberculoses du groupe de la mélancolie, de la manie et de la psychose périodique	123
c) Epilepsie	124
d) Alcoolisme	124
e) Arriérés	125
f) Paralyse générale	125
g) Démence sénile	125
h) Séquelles de l'encéphalite	125
i) Délire chronique	126
III. — CONCLUSION. PROJET DE TABLEAU STATISTIQUE	126
CHAPITRE IV. — Influence et mode d'action de l'internement sur la tuberculisation des malades	130
I. — INFLUENCE DE L'INTERNEMENT	130
1. — <i>Éléments d'appréciation</i>	130
2. — <i>Quelques chiffres</i>	130
II	131
1. — <i>Conditions d'existence</i>	131
2. — <i>Rôle des contaminations</i>	132
a) Expectorations	132
b) Selles	132
III. — CONCLUSION	133

TROISIEME PARTIE

La lutte antituberculeuse à l'asile.

CHAPITRE I. — Le diagnostic de la tuberculose à l'asile	135
I. — DÉPISTAGE ET DIAGNOSTIC	135
II	136
1. — « Latence » de la tuberculose chez les aliénés	136
a) Latence des signes subjectifs	137
b) Latence des signes physiques	137
c) Latence des signes fonctionnels objectifs	138
2. — <i>Les bases du dépistage</i>	138
3. — <i>Organisation pratique du dépistage</i>	138

	Pages
a) Cas des entrants	139
b) Le dépistage dans la section hospice	141
1 ^o Importance de la technique de la visite	141
2 ^o Intérêt des autres occasions d'examen	143
4. — <i>Le rôle des infirmiers</i>	143
5. — <i>Comment découvrir les « petits signes » de tuberculose</i>	144
a) Amaigrissement	145
b) Aménorrhée	145
c) Anorexie	146
d) Sueurs nocturnes	146
e) Toux	146
f) Petits signes d'autres formes de tuberculose	147
g) Température	147
6. — <i>Le diagnostic proprement dit de la tuberculose. Insuffisance de l'examen médical courant</i>	148
7. — <i>Emploi des méthodes de diagnostic bactériologique et radiologique. Problèmes posés par cet emploi. Solutions envisagées..</i>	148
a) Méthodes bactériologiques	149
b) Méthodes biologiques	150
c) Méthodes radiologiques	152
1 ^o L'examen radiologique rencontre-t-il de la part des aliénés une opposition particulière ?	153
2 ^o Possibilité technique et financière d'adaptation à l'asile.	154
α. Double aspect du problème : appareillage, spécialiste	154
β. Situation d'après Briau	155
γ. Avantages et inconvénients du recours à l'établissement hospitalier voisin. Perfectionnement possible	155
δ. Pour cette collaboration, les organismes de lutte antituberculeuse ne seraient-ils pas plus indiqués ?	156
ε. Du principe d'une installation radiologique à l'asile même et de ses conséquences. Solution optimum.	157
ζ. Choix et rémunération du spécialiste consultant dans cette éventualité	159
8. — <i>La radiologie, base du dépistage</i>	160
III. — RÉSUMÉ	162
CHAPITRE II. — Mesures prophylactiques	163
A. — MESURES DE PROPHYLAXIE GÉNÉRALE	163
I. — SALUBRITÉ GÉNÉRALE	163
II. — CONDITIONS DE RÉALISATION	164

	Pages
1. — <i>Quelques mesures relevant des installations matérielles</i>	165
2. — <i>Quelques mesures relevant du fonctionnement du service</i> ..	167
a) Propreté des locaux	168
b) Enlèvement et destruction des ordures ménagères	168
c) Aération des locaux	169
d) Réglementation du travail	170
e) Utilisation des cours. Promenades	170
3. — <i>Mesures relevant de l'alimentation</i>	171
III	172
B. — PROPHYLAXIE SPÉCIALE AU BACILLE DE KOCH	172
I	172
II	173
1. — <i>Lutte contre le virus d'origine animale</i>	173
a) La question du lait	173
b) La surveillance des viandes	174
2. — <i>Prophylaxie dirigée contre le bacille d'origine humaine</i>	175
a) Sa base : isolement et stérilisation	175
b) Méthodes spécifiques complémentaires : B. C. G. S. C.	177
CHAPITRE III. — L'isolement des tuberculeux	180
I. — BASE RÉGLEMENTAIRE	180
II	182
1. — <i>Application hospitalière</i>	182
2. — <i>Application asilaire. Que valent les méthodes employées, les solutions proposées ?</i>	182
a) De l'hospitalisation des tuberculeux à l'infirmerie en salle commune	184
b) De l'hospitalisation en chambre d'isolement	185
c) De l'hospitalisation en salle spéciale	186
d) De l'hospitalisation en pavillon spécial	187
III	189
IV. — ESSAI DE JUSTIFICATION COMPLÉMENTAIRE DU PRINCIPE DU PAVILLON SPÉCIALISÉ OU DE LOCAUX ADAPTÉS AU TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE DANS CHAQUE ASILE	190
1. — <i>Peut-on compter sur des asiles spécialement construits pour aliénés tuberculeux ?</i>	190
2. — <i>Discussion de quelques objections au principe d'un service spécialisé par asile</i>	191
3. — <i>Restrictions nécessaires dans l'application de ce principe</i> ..	192

	Pages
CHAPITRE IV. — Etude d'un pavillon spécialisé type.....	193
I. — ESSAI DE DESCRIPTION RAISONNÉE DE CE PAVILLON	193
1. — <i>Bases</i>	193
2. — <i>Les divisions nécessaires</i>	195
II. — CONDITIONS TECHNIQUES	196
1. — <i>Choix de l'emplacement. Conditions géologiques et climatiques</i>	196
2. — <i>Plan d'ensemble</i>	198
3. — <i>Des locaux affectés aux malades</i>	200
a) <i>Chambres et dortoirs</i>	200
b) <i>Cures</i>	202
c) <i>Salle de réunion</i>	205
4. — <i>Annexes sanitaires</i>	205
5. — <i>Annexes de fonctionnement</i>	206
6. — <i>Annexes et service de désinfection</i>	207
7. — <i>Annexes médicales</i>	210
a) <i>Cabinet médical, infirmerie, laboratoire</i>	210
b) <i>Service radiologique</i>	210
8. — <i>Les matériaux. Les fenêtres</i>	211
9. — <i>Les appareils de chauffage</i>	214
10. — <i>Mobilier. Matériel</i>	215
CHAPITRE V. — Fonctionnement du service spécialisé. Thérapeutique asilaire de la tuberculose.....	217
I. — FONCTIONNEMENT MATÉRIEL	217
1. — <i>Aération</i>	217
2. — <i>Température</i>	218
3. — <i>Mesures de propreté et de désinfection</i>	218
II. — LA VIE DES MALADES OU LA THÉRAPEUTIQUE HYGIÉNO-DIÉTÉTIQUE AU SERVICE SPÉCIALISÉ	220
1. — <i>Le rythme de la vie sanatoriale. Application aux aliénés tuberculeux</i>	220
2. — <i>Le régime alimentaire</i>	224
a) <i>Principe</i>	224
b) <i>Projet de réalisation à l'asile</i>	226
3. — <i>Intérêt de quelques articles au règlement pour sanctionner le régime intérieur particulier du pavillon pour aliénés tuberculeux</i>	232
III. — LE FONCTIONNEMENT MÉDICAL DU SERVICE SPÉCIALISÉ. THÉRAPEUTIQUE ACTIVE	233

	Pages
1. — <i>Surveillance des malades</i>	233
2. — <i>Conduite du traitement. La question du pneumothorax</i>	233
a) L'absence de surveillance constante d'un phthisiologue est-elle un obstacle insurmontable à la création et à l'en- tretien du pneumothorax ?	234
b) Esquisse de quelques modalités permettant d'appliquer le pneumothorax à des internés	237
c) Dans quelle mesure le pneumothorax est-il applicable aux aliénés ?	239
IV. — REMARQUES COMPLÉMENTAIRES SUR LA POPULATION A ADMETTRE DANS UN PAVILLON SPÉCIALISÉ	241
1. — <i>Tuberculoses dites chirurgicales. Conséquences pratiques de leur admission</i>	241
2. — <i>La question des pensionnaires</i>	243
3. — <i>Malades relevant du préventorium</i>	244
4. — <i>Durée du séjour</i>	245
V. — LE PERSONNEL INFIRMIER NÉCESSAIRE AU FONCTIONNEMENT DU PAVILLON SPÉCIALISÉ	245
1. — <i>Nombre</i>	245
2. — <i>Recrutement</i>	246
3. — <i>Valeur technique; compétence particulière</i>	247
CHAPITRE VI. — Quelques remarques à propos d'un essai éventuel d'amélioration des situations actuelles concernant l'isolement des tuberculeux	248
CHAPITRE VII. — Description sommaire de quelques réalisations asi- liaires	250
I. — CONSIDÉRATIONS D'ENSEMBLE	250
II. — EXEMPLES	251
1. — <i>Les réalisations anciennes : Briand à Villejuif</i>	251
2. — <i>Exemples de réalisations récentes</i>	252
a) Chezal-Benoît (Hommes)	253
1 ^o Historique	253
2 ^o Description	254
3 ^o Réflexions d'ensemble	255
b) Maison-Blanche (Femmes)	257
1 ^o Historique	257
2 ^o Considérations d'ensemble	257
3 ^o Description	258
c) Le sanatorium Archambault	259

QUATRIÈME PARTIE

CHAPITRE UNIQUE. — Le personnel des asiles d'aliénés et la tuberculose	263
I	263
1. — <i>Risques professionnels encourus</i>	263
2. — <i>Quelle est la situation dans les asiles ?</i>	265
II. — PROTECTION DU PERSONNEL	266
A. — <i>Personnel laïc</i>	266
1. — <i>Mesures de prophylaxie</i>	266
2. — <i>L'examen préalable à l'entrée en fonction</i>	268
3. — <i>Surveillance médicale du personnel</i>	270
B. — <i>Cas du personnel religieux</i>	271
CONCLUSION	273
BIBLIOGRAPHIE	281
PLANCHES	293

